

Technická univerzita v Liberci

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Speciální pedagogika

**Studijní obor
(kombinace):** Speciální pedagogika pro vychovatele

LIDÉ S DIAGNÓZOU SCHIZOFRENIE PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA

Bakalářská práce: 09-FP-KSS-1010

Autor:

Michaela FOUSOVÁ

Adresa:

Sady Pionýrů 893/33

410 02 Lovosice

Podpis:

.....

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.

Konzultant:

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
71	24	0	5	23	2 + CD

V Liberci dne: 15. 4. 2010

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(pro bakalářský studijní program)

pro (kandidát): Michaela Fousová
adresa: Sady Pionýrů 893/33, Lovosice
studijní obor (kombinace): Speciální pedagogika pro vychovatele
Název BP: **Lidé s diagnózou schizofrenie**
Název BP v angličtině: **People with Schizophrenia**
Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.
Konzultant:
Termín odevzdání: 15. 4. 2010

Poznámka: Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování BP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 20. 3. 2009



děkan



vedoucí katedry

Převzal (kandidát): MICHAELA FOUSOVÁ

Datum: 12. 5. 2009

Podpis: 

Název BP: LIDÉ S DIAGNÓZOU SCHIZOFRENIE

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.

Podpis:.....*Meier*.....

Cíl: Zmapovat péči o lidi s diagnózou schizofrenie v zařízeních sociální péče a zjistit jejich názory na jim poskytovanou péči a jejich život v těchto zařízeních.

Požadavky: 1. Studium odborné literatury a zdrojů
2. Formulace teoretických východisek
3. Projektování průzkumu
4. Sběr dat
5. Interpretace dat
6. Formulace závěrů, návrh a opatření

Metody: Dotazník

Literatura: MOTLOVÁ, Lucie. *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 7262-277-3.

LIBINGER, Jan. *Schizofrenie*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1991. ISBN 80-85121-13-1.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přepr. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

STYX, Petr. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.

MAHROVÁ, Gabriela. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 15. 04. 2010

Michaela Fousová

.....

Poděkování

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Miroslavu Meierovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, připomínky a pomoc při řešení bakalářské práce.

Dále děkuji vedení Domova se zvláštním režimem Terezín za umožnění prováděného průzkumu.

Název bakalářské práce: Lidé s diagnózou schizofrenie

Jméno a příjmení autora: Michaela Fousová

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2009/2010

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.

Anotace:

Bakalářská práce se zabývá problematikou lidí se schizofrenií, kteří žijí v zařízení sociální péče. Cílem je zmapovat péči o lidi s diagnózou schizofrenie v zařízeních sociální péče a zjistit jejich názory na jim poskytovanou péči a jejich život v těchto zařízeních.

V teoretické části je popsán pojem schizofrenie, její etiologie, epidemiologie, příznaky, formy, terapie a kvalita života osob se schizofrenií. Součástí je také zmapování druhů zařízení sociálních služeb, které jsou určeny pro osoby s chronickým duševním onemocněním v České republice.

Smyslem praktické části je zjistit, jak uživatelé se schizofrenií hodnotí poskytované služby v zařízení sociální péče a jak vnímají svůj život v tomto zařízení.

V průzkumu je použita metoda dotazníkového šetření. Jsou zjišťovány názory uživatelů se schizofrenií na jim poskytovanou péči v oblasti ubytování, stravování, spokojenosti s výší finančních prostředků a zhodnocení života v zařízení sociální péče.

Klíčová slova: schizofrenie, zařízení sociální péče, spokojenost, uživatel sociální péče, stravování, ubytování, kvalita života, terapie, etiologie, příznaky, sociální služby, dotazník.

Name des Bachelor-Arbeit: Menschen mit der Diagnose Schizophrenie

Vorname und Name: Michaela Fousová

Akademisches Jahr des Kurses in: 2009/2010

Leiter der Bachelor-Arbeit: Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.

Annotation:

Die Bachelor-Arbeit befasst sich mit der Problematik der Leute mit Schizophrenie, die in den Institutionen mit der Sozialfürsorge leben. Das Ziel ist die Pflege um die Leute mit Diagnose Schizophrenie in den Institutionen mit der Sozialfürsorge ermitteln und Ihre Meinungen zu der angebotenen Sozialfürsorge und Ihr Leben in diesen Institutionen festzustellen.

In dem theoretischen Teil ist der Begriff Schizophrenie, ihre Ätiologie, Epidemiologie, Symptome, Formen, Therapie und Lebensqualität der Personen mit Schizophrenie beschrieben. Einzelteil ist die Feststellung der Typen von den Institutionen mit der Sozialfürsorge, die für die Personen mit der Geisteskrankheit in der Tschechischen Republik festgelegt sind.

Der Sinn vom praktischen Teil ist die Ermittlung, wie die Benutzer mit Schizophrenie die angebotenen Diensten in den Institutionen mit der Sozialfürsorge bewerten und Ihr Leben in dieser Institution erfassen.

Im Aufklären ist die Methode der Umfrage benutzt. Die Meinungen sind von den Benutzern mit Schizophrenie zu der angebotenen Pflege im Bereich der Unterkunft, der Ausspeisung, der Zufriedenheit mit der Höhe der Finanzmittel und die Auswertung vom Leben in den Institutionen mit der Sozialfürsorge festgestellt.

Schlüsselwörter: Schizophrenie, Institutionen mit der Sozialfürsorge, Zufriedenheit, Benutzer von der Sozialfürsorge, Ausspeisung, Unterkunft, Lebensqualität, Therapie, Ätiologie, Symptome, Sozialdienste, Umfrage.

Name of bachelor thesis: People with Schizophrenia

Name and surname: Michaela Fousová

Academic year of the course in: 2009/2010

Head of bachelor thesis: Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.

Annotation:

In my bachelor work I am dealing with the problems of people with schizophrenia within social services institutions. The goal of this work is to map the care of people with the schizophrenia diagnosis and find out their opinion of provided care and their being inside of these institutions.

Within the theoretic part there is described the term schizophrenia, its etiology, epidemiology, symptoms, forms, therapy and quality of life of schizophrenics. Another passage is mapping of different types of social services institutions in the Czech Republic, which are intended for people with chronical psychic diseases.

Sence of the practical part is to find out, how schizophrenics evaluate provided services within social services institutions and how they apperceive their living in these institutions.

For my research I used a questionnaire method. I found out schizophrenics opinions of provided services in the sphere of accommodation, boarding, allowance satisfaction and standard of living.

Keywords: schizophrenia, social services institution, satisfaction, social care user, boarding, accommodation, standard of living, therapy, etiology, symptoms, social services, questionnaire.

Obsah

ÚVOD.....	9
1 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU.....	11
1.1 Schizofrenie.....	11
1.1.1 Definice schizofrenie.....	11
1.1.2 Etiologie schizofrenie.....	12
1.1.3 Epidemiologie schizofrenie.....	13
1.1.3.1 Výskyt schizofrenie.....	13
1.1.3.2 Průběh schizofrenie.....	14
1.1.4 Prognóza schizofrenie.....	16
1.1.5 Příznaky schizofrenie.....	16
1.1.6 Formy schizofrenie.....	20
1.1.7 Terapie schizofrenie.....	22
1.1.8 Kvalita života osob se schizofrenií.....	25
1.1.9 Sociální stigma a schizofrenie.....	25
1.1.10 Resocializace osob se schizofrenií.....	26
1.2 Sociální služby a schizofrenie.....	27
1.2.1 Zařízení sociálních služeb a osoby se schizofrenií.....	28
2 PRAKTICKÁ ČÁST.....	39
2.1 Cíl praktické části.....	39
2.1.1 Stanovené předpoklady.....	39
2.2 Metody průzkumu.....	42
2.3 Výzkumný vzorek a charakteristika prostředí výzkumu.....	42
2.4 Získaná data a jejich interpretace.....	45
2.4.2 Výsledky dotazníkového šetření a jejich interpretace.....	45
ZÁVĚR.....	64
NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ.....	66
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	68
SEZNAM PŘÍLOH	71

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá problematikou lidí s diagnózou schizofrenie, kteří žijí v zařízení sociální péče.

Lidé se schizofrenií jsou často veřejností označováni nálepkou „blázen“, protože pojem psychotické onemocnění svádí nezkušeného člověka k této představě. Proto je řada takto postižených lidí zařazena na okraj společnosti, kde nejsou vidět a nevyvolávají tak mezi majoritní společností obavy z nepředpokládaných projevů chování. Ovšem každý člověk má právo na kvalitní způsob života a ne každý člověk je schopen si svůj život zlepšit podle svého. Je mnoho lidí, kteří jsou handicapováni nemocí, sociálním prostředím či nepřizpůsobivostí. Každý takový člověk potřebuje pomoc k tomu, aby se jeho život stal snesitelným a alespoň částečně kvalitním.

Schizofrenní onemocnění má mnoho forem a stupňů, které daného člověka více či méně poznamená, postihuje přibližně 1 % populace. V případě, že primární rodina není schopná, ať už z důvodu dysfunkčnosti, věku či jiných příčin, se o takto nemocného člověka postarat, existuje několik míst, kde může strávit svůj život s podporou kvalifikovaných pracovníků. Výběr vhodného zařízení závisí na stupni postižení, na míře nezávislosti a schopnosti postarat se o vlastní osobu.

Pobytové zařízení s celodenní péčí a celoročním provozem se stává nejčastěji domovem lidí se schizofrenií, kteří již potřebují dopomoc a zdravotní péči druhých osob. Ovšem i oni vnímají kvality nabízených služeb a převážná část z nich je schopna vyjádřit spokojenost či nespokojenost se službami daného zařízení, a z toho vycházející hodnocení kvality svého života. Nabízí se tedy otázka, jak vnímají schizofrenici, kteří musí žít v zařízení sociální péče, svůj život, a zda jim daná služba poskytuje tolik péče, kolik potřebují a žádají?

Není lehké žít ve velkokapacitním zařízení, kde člověk do určité míry ztrácí soukromí, možnost samostatného rozhodování a kde se zvyšuje pocit bezmocnosti ve smyslu být opět tím, kým byl a být opět samostatný. Proto by se měl každý pracovník v pomáhajících profesích zamyslet nad tíživou situací těchto uživatelů a snažit se jim poskytnout takovou péči, o kterou žádají a kterou potřebují.

Tématem bakalářské práce je zjištění názoru uživatelů sociální péče na poskytovanou péči v pobytovém zařízení a s tím související pohled na život. Autorka si toto téma zvolila, jelikož pracuje v takovémto zařízení jako pracovnice sociální péče a zajímalo jí, jak uživatelé vnímají nabízené služby.

Cílem bakalářské práce je zmapovat péči o lidi s diagnózou schizofrenie v zařízeních sociální péče a zjistit jejich názory na jim poskytovanou péči a jejich život v těchto zařízeních.

Předmětem bakalářské práce je otázka, jakým způsobem hodnotí uživatelé služby, které jsou jim poskytovány v zařízení sociální péče a jak ohodnotí svůj život v tomto zařízení?

V bakalářské práci byla použita metoda dotazníkového šetření z důvodu získání většího množství informací od početné skupiny respondentů. Hlavním východiskem je předpoklad, že více než 50 % uživatelů je v zařízení sociální péče spokojeno.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních částí: teoretické a praktické. V teoretické části je popsán pojem schizofrenie, její etiologie, projevy, průběh onemocnění, formy, příznaky, její terapie, kvalita života osob se schizofrenií, sociální stigma a resocializace. V závěru teoretické části je pozornost zaměřena na sociální služby, které jsou nabízeny lidem se schizofrenií. Praktická část se zabývá mj. interpretací dat získaných dotazníkovým šetřením a ověřováním předpokladů. Konec bakalářské práce tvoří závěr, navrhovaná opatření, seznam použitých zdrojů a přílohy.

1 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU

1.1 Schizofrenie

Název onemocnění schizofrenie použil v roce 1911 Eugen Bleuler. Tento termín pochází z řeckého slova schizo – štěpení, frén – mysl. Nelze jej překládat jako rozštěp, nýbrž jako rozpad osobnosti. Při rozpadu osobnosti dochází k disocializaci mezi vnímáním a myšlením, myšlením a jednáním a jednáním a prožíváním.¹ Takto nemocným lidem se zdá, že nejsou schopni ovládat své myšlenky, že vše, co dělají a prožívají, se jim jeví jako projev vlastního já, ale i jako výsledek působení nějaké cizí síly, která s nimi manipuluje a ovládá je. Tak dochází k rozdvojení nebo k štěpení osobnosti, kdy část je „já“ a část „já“ není. Někdy nebývá jasné, kde je hranice mezi vlastní osobností a okolním světem.²

Nemoc existovala odedávna. Ještě před rokem 1911 byla označována jako dementia praecox, tedy jako předčasná demence. Autorem názvu dementia praecox byl v roce 1896 Emil Kraepelin. Byl přesvědčen, že stejně jako u demence, dochází i u tohoto onemocnění k ranému vzniku vedoucímu posléze k úpadku osobnosti takového stupně, že lze mluvit o demenci. Tento názor však Bleuler vyvrátil s tím, že každý typ schizofrenie nemusí vést k demenci a výsledný stav může být různý.³

1.1.1 Definice schizofrenie

„Schizofrenie je duševní porucha, která se projevuje charakteristickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Patří k nejzávažnějším psychickým poruchám.“⁴

Jedná se o duševní poruchu, která je charakterizována podstatným a charakteristickým narušením myšlení a vnímání, kdy emotivita neodpovídá situaci, či může být oploštěná. Jasně vědomí a intelekt zůstávají obvykle zachovány, ale v průběhu času může dojít k určitému kognitivnímu deficitu. Narušena je většina základních funkcí, které jedinci poskytují pocit osobitosti, jedinečnosti a sebekontroly. Jedinec často trpí pocity, že jeho myšlenky, pocity a počiny znají jiné osoby a nebo je s nimi sdílí. Mohou se rozvinout bludy,

1 JANÍK, Alois, DUŠEK, Karel, *Diagnostika duševních poruch*, s. 262.

2 VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 179.

3 VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 177.

4 VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 177.

které vysvětlují tyto pocity jako následek působení přirozených a nadpřirozených sil, které ovlivňují myšlenky nebo činy jedince často podivným způsobem.

Mezi nejdůležitější projevy schizofrenie patří:

- ozvučování myšlenek, ovládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek;
- bludné vnímání a bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo ovládání;
- halucinace hlasů komentujících nebo diskutujících o pacientovi se třetí osobou;
- poruchy myšlenkových pochodů;
- katatonie a negativní příznaky.⁵

Schizofrenie je závažné duševní, psychotické onemocnění se sklonem k chronicitě, které významně narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě.

Toto onemocnění hluboce naruší vztah člověka ke skutečnosti a dochází při ní ke změnám osobnosti. Tyto změny mohou vést k tomu, že nemocný již nedokáže pokračovat v životě tak, jak to odpovídá jeho životní dráze do počátku onemocnění. Psychóza postihuje také pracovní schopnost člověka, a tak snižuje jeho společenské uplatnění. Toto je výrazné především ve společnostech, které zdůrazňují individuální výkon a zodpovědnost.⁶

1.1.2 Etiologie schizofrenie

Příčiny schizofrenie nejsou dosud objasněny, ovšem studie odhalily řadu rizikových faktorů. K rozvoji schizofrenie přispívají genetické vlivy a vlivy prostředí. **Genetické modely** se pokoušejí vysvětlit příčiny onemocnění na základě genetických faktorů, kde předpokládají změny v jednom či více genech, které se podílejí na kontrole časného vývoje mozku v průběhu prenatálního a perinatálního vývoje života.⁷

Podle Vágnerové je příčina schizofrenie různorodá, nejčastěji se jedná o důsledek vzájemného působení genetických dispozic a podnětů, které mohou onemocnění vyvolat. **Dědičné dispozice** se projevují určitou změnou ve struktuře i funkci mozku. Takový člověk může být zvýšeně zranitelný i běžnými vlivy, může mít obecně nižší frustrační toleranci, a běžné životní zátěže, např. neúspěch, odmítnutí partnerem, zklamání a nenaplnění

5 SMOLÍK, Petr, *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 151.

6 BOUČEK, Jaroslav, *Speciální psychiatrie*, s. 49.

7 MOTLOVÁ, Lucie, KOUKOLÍK, František, *Schizofrenie*, s. 53.

představy, u něho mohou vyvolat schizofrenní onemocnění. Reakce těchto lidí jsou nepřiměřené na cokoli nového a odlišného, co se vymyká dosavadnímu stereotypu. Značnou roli hrají dispozice nemocného a způsob, jakým člověk zpracuje zátěž, kterou prožívá.⁸

K nejprobádanějším a v současné době nejlépe doloženým **rizikovým vlivům zevního prostředí** patří: datum a místo narození a komplikace související s těhotenstvím a porodem.

Stálý nebo opakovaný pobyt v místech s vysokou osídleností během dospívání může mít spojitost s rizikem vzniku schizofrenie. Přispívají k tomu faktory, které se častěji vyskytují ve větších městech než ve městech s menším počtem obyvatel. Mezi tyto faktory patří stres, nadměrný hluk, znečištění, kriminalita, snadná dostupnost drog, rozpad rodin a další negativní sociální faktory. U těchto lidí je riziko vzniku nemoci až dvojnásobné.

Motlová dále uvádí, že podle studií, které byly prováděny v roce 1935–1978, bylo zřejmé, že nejvíce lidí postižených schizofrenií se narodilo v měsíci únoru až březnu, nejméně pak v měsíci srpnu až září. Možnou příčinou vzniku onemocnění schizofrenie mohou být také komplikace během těhotenství a porodu. Jsou rozeznávány následující tři hlavní skupiny:

- komplikace během těhotenství (krvácení, diabetes, nesnášenlivost Rh-faktoru);
- abnormální plodový růst a vývoj (nízká porodní hmotnost, vrozené malformace a malý obvod hlavy);
- komplikace během porodu (přidušení, císařský řez).⁹

1.1.3 Epidemiologie schizofrenie

1.1.3.1 Výskyt schizofrenie

Epidemiologické studie, tedy studie o příčinách vzniku, obsahují údaje o počtu nově vzniklých onemocněních a počtu onemocnění v populaci.¹⁰ Schizofrenie je onemocnění poměrně časté. Poměr počtu nemocných k počtu obyvatel je v průměru asi 1 %. Nemoc se vyskytuje poměrně rovnoměrně po celém světě. Schizofrenie patří ve světě mezi 10 nejzávažnějších zdrojů pracovní neschopnosti, která je způsobená traumatem nebo nemocí a vede ke snížení plodnosti. Zvyšuje i úmrtnost nemocných, a to jednak v důsledku

8 VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 177.

9 MOTLOVÁ, Lucie, KOUKOLÍK, František, *Schizofrenie*, s. 71.

10 LIBIGER, Jan, *Schizofrenie*, s. 23.

suicidií, jednak jiným, nepřímým způsobem.¹¹ Až 10 % nemocných schizofrenní poruchou spáchá sebevraždu.¹²

Schizofrenie obvykle začíná ve věkovém rozmezí 15 a 35 let, ovšem nejméně polovina případů má začátek již před 25. rokem věku. Dřívější či pozdější výskyt je řídký, i když pozdější začátek onemocnění může vést k pozměněné formě, která buď diagnóze unikne, či může být diagnostikována jinak.

Onemocnění postihuje muže i ženy ve stejné míře. U mužů začíná nemoc v průměru o několik let dříve.¹³ Příčinou může být vyšší tolerance projevů nemoci u žen, rozdíl v nástupu sociální zátěže, která je spojena se sociálními rolemi či s vyšším výskytem necharakteristických symptomů v počátku nemoci u žen. Schizofrenici žijící osamoceně jsou hospitalizováni třikrát častěji než ženatí či vdané, proto pozdější začátek nemoci lze spojit i s časnější dobou sňatku u žen.¹⁴ Schizofrenie má tendenci ke kumulaci v rodinách. Familiární výskyt je znatelnější u katatonní formy schizofrenie (blíže viz část 1.1.6) a také u schizoafektivní psychózy.¹⁵

1.1.3.2 Průběh schizofrenie

Průběh schizofrenie je velmi variabilní. Podle modelu chronické schizofrenie se časné stadium nemoci vyznačuje deteriorací (dočasné, krátkodobé snížení rozumových schopností), střední stadium relativní stabilitou a konečné stadium postupným zlepšením.

Je těžké určit začátek onemocnění, protože schizofrenie nezačíná většinou psychotickými symptomy, ale častěji nespecifickými příznaky, jako je dráždivost, neklid a náladovost. Jako první symptom pacienti nejčastěji uvádí neklid a depresi, poté úzkost, obtíže s přemýšlením a koncentrací, nedostatek sebevědomí a energie.¹⁶

Vágnerová¹⁷ připomíná, že ještě před vypuknutím nemoci dochází často k nápadnému zhoršení výkonu v různých oblastech např. v zaměstnání, při studiu, v péči o sebe sama. Nemocný člověk se snaží izolovat od okolního světa, může dojít k citové otupělosti či může

11 BOUČEK, Jaroslav, *Speciální psychiatrie*, s. 57.

12 SVOBODA, Mojmir, ČEŠKOVÁ, Eva, KUČEROVÁ, Hana, *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 182.

13 BOUČEK, Jaroslav, *Speciální psychiatrie*, s. 57.

14 LIBIGER, Jan, *Schizofrenie*, s. 25.

15 BOUČEK, Jaroslav, *Speciální psychiatrie*, s. 57.

16 MOTLOVÁ, Lucie, KOUKOLÍK, František, *Schizofrenie*, s. 40.

17 VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 182.

být nadměrně dráždivý. Projevy nemocného mohou být podivínské, např. může hromadit odpadky či jiné neúčelné věci. Přestává dbát o svůj vzhled, o hygienu, mívá nezvyklé představy, uvažuje zvláštním způsobem, např. že jej někdo pronásleduje.

K plnému rozvinutí typických schizofrenních symptomů dochází v dalším průběhu, ve schizofrenní atace, tj. prudký záchvat choroby, která je charakteristická autismem, narušením formální struktury myšlení od myšlenkových zárazů po různé stupně, bludy a poruchy vnímání, bezcílné a manýrované jednání a nepřiléhavé chování, prožitek tenze spojený s útlumem a depresí nebo se zvýšeným pohybovým neklidem.¹⁸

Přicházejí také období, kdy se nemocnému vše vyjasňuje, kdy má pocit, že poznal příčinu svého chování, ale nedokáže si vysvětlit, co se děje. Toto vysvětlení je patologické a neodpovídá skutečnosti. Vzniká blud, který vše zdánlivě logicky vysvětluje. Nemocnému se uleví, protože cítí, že konečně „chápe“ situaci. Tato interpretace posiluje tendence k bludnému uvažování. V důsledku duševního onemocnění dochází k proměně subjektivního chápání smyslu věcí, událostí, a všeho.

U nemocných je také typická změna v postoji k náhodě. Podle nich náhoda neexistuje, protože vše má svůj skrytý význam a smysl. Ztrácejí postupně soudnost a nejsou schopni náhledu. Stávají se egocentrickými, jen své vlastní hodnocení situace považují za správné.¹⁹

Později přechází toto období do relativně setrvalého stavu nové rovnováhy mezi nemocným a jeho okolím. V této době dochází k remisi (tj. přechodné vymizení příznaků), s residuem.

Člověk nemocný schizofrenií prochází v průběhu onemocnění řadou změn v symptomatologii onemocnění i ve změně osobnosti. Schizofrenní proces je měnlivý, má svůj vývoj, který je závislý na osobnosti člověka, na nemoci a životních podmínkách. Důležitý je výsledný stav onemocnění, který je považován za stabilní. Ovšem vždy dochází k určité změně osobnosti.²⁰

18 LIBIGER, Jan, *Schizofrenie*, s. 84.

19 VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 183.

20 LIBIGER, Jan, *Schizofrenie*, s. 85.

Schizofrenní onemocnění potřebuje odbornou léčbu, protože nelze očekávat, že dojde ke spontánnímu zlepšení. Léčba slouží k uklidnění a regulaci psychických projevů. Pod vlivem léků se projevy zmírňují, ale ne vždy zcela vymizí.²¹

Průběh schizofrenie ovlivňují některé nepříznivé životní okolnosti, mezi něž patří život v chaotické a nepřátelské rodinné atmosféře, který je dlouhodobě stresující, stejně tak život ve společnosti, která ostrakizuje lidi v důsledku nemoci. Mezi další okolnosti, které mohou ovlivnit průběh schizofrenie, patří rozpad sociální sítě, životní nejistota v důsledku dlouhodobé pracovní neschopnosti, nedostatek adekvátních pracovních příležitostí či bezdomovectví.²² Tyto vlivy označujeme jako psychosociální stres.

1.1.4 Prognóza schizofrenie

Prognóza onemocnění schizofrenie může být velmi různorodá. Většinou platí, že pokud má onemocnění náhlý a bouřlivý začátek, bývá prognóza lepší než u varianty schizofrenie, která má počátek plíživý a pomalý. Větší šanci na zlepšení svého stavu, na vyléčení, má člověk, který byl před onemocněním bez nápadností a běžným způsobem sociálně začleněn.

U 20 % nemocných dochází pouze k jedné epizodě schizofrenie. U 60 % nemocných se jejich nemoc vrací a po každém zhoršení stavu dochází k úbytku adaptačních schopností. Nemocní nejsou schopni vykonávat stejnou práci jako dříve, bývají pomalejší, hůře se adaptují a již nejsou schopni zvládat běžné zátěže. Nemocní lidé už nedovedou prožívat radost, cítí se více unavení či tělesně nemocní. Nemají svůj náhled a vědí, že se změnili a že nejsou takoví jako dřív. U 20 % nemocných dochází k úplnému rozpadu osobnosti a poté k následné demenci. Tito lidé pak potřebují ústavní péči.²³

1.1.5 Příznaky schizofrenie

Onemocnění schizofrenií má mnoho příznaků. Při vyšetření bývají zjištěny poruchy vnímání, myšlení, jazyka, emocí, motoriky a kognitivních funkcí. Také diagnóza se určuje podle přítomnosti níže uvedených příznaků a dle dysfunkce v sociálních a pracovních rolích. Nejčastěji se vyskytují bludy, halucinace, dezorganizace myšlení, řeči a chování, poruchy emotivity a někdy i katatonní příznaky.

21 VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 183.

22 MOTLOVÁ, Lucie, KOUKOLÍK, František, *Schizofrenie*, s. 43.

23 VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 183.

Bludy

Bludy se vyskytují u 90 % nemocných. Jedná se o mylné přesvědčení, kdy při jeho vzniku hraje důležitou roli chybná interpretace vjemů či prožitků.

Blud vzniká v důsledku nemoci a je charakterizován nevyvratitelností. Se schizofrenií jsou nejčastěji spojeny bludy vztahovačnosti (člověk si různé situace vztahuje ke své osobě), bludy paranoidně perzekuční (člověk je pronásledován mimozemšťany, vlastním sousedem apod.), bludy ovlivňování a kontrolování (člověk má pocit, že jej někdo ovládá či řídí na dálku, a tím mu ruší myšlení). Významné jsou také religiózní (zbožné) bludy. Jsou spjaty se sebepoškozováním a horšími výsledky léčby. Bizarní bludy jsou zřetelně nepravděpodobné, nepochopitelné, neodvoditelné z běžné denní zkušenosti. Za bizarní se považují takové bludy, které se týkají ztráty vlastní kontroly nad svou myslí či tělem.²⁴

Lze jej také brát jako komunikační hru schizofrenika, který sám sobě poskytuje takové zpětné signály, které neruší její průběh. Není účelné blud rozebírat ani hodnotit, dokud není jisté, co symbolicky zastupuje, protože tím by mohlo dojít k utvrzování se nemocného v daném bludu.²⁵

Halucinace

Halucinace jsou vjemy, které vznikají bez zevně existujícího objektu.²⁶ Jedná se o klamné vjemy, o jejichž reálnosti je člověk nevyvratitelně přesvědčen. Jsou typické u nemocných s paranoidní schizofrenií. Tito lidé slyší halucinátorní hlasy, které jim něco přikazují, komentují jejich chování, nebo jim něco tajného a významného sdělují. Slyší tyto hlasy přicházet nejčastěji zvenčí, jen vzácně přicházejí z jejich nitra. Hlasy častěji mluví o nemocném, ne přímo k němu.²⁷ Sluchové halucinace se vyskytují asi u 50 % postižených osob, zrakovými halucinacemi trpí přibližně 15 % nemocných a taktilními zhruba 5 %.²⁸

Člověk není schopen přijmout, že halucinace jsou pouze výplodem jeho psychiky, toto přijetí by totiž odporovalo jeho interpretaci světa.²⁹ Pro tento svět člověka se schizofrenií je

24 MOTLOVÁ, Lucie, *Schizofrenie*, s. 23.

25 STYX, Petr, *O psychiatrii*, s. 100.

26 MOTLOVÁ, Lucie, KOUKOLÍK, František, *Schizofrenie*, s. 23.

27 VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 180.

28 MOTLOVÁ, Lucie, KOUKOLÍK, František, *Schizofrenie*, s. 23.

29 MOTLOVÁ, Lucie, KOUKOLÍK, František, *Schizofrenie*, s. 24, 25.

potřeba mít pochopení, protože v něm není sám, je výrazně někým důležitým oproti reálnému světu, kde se může cítit osamělý a méněcenný.³⁰ Halucinace a bludy mohou vést k neobvyklému jednání nemocného. Podle toho, jaký je obsah halucinací, se může stát člověk nebezpečným sám sobě i svému okolí. Proto je někdy potřeba hospitalizovat takto nemocné na uzavřeném psychiatrickém oddělení.

Dezorganizované myšlení, řeč a chování

Při psychiatrickém vyšetření se na stav myšlení usuzuje podle dezorganizace (tj. zmatečnosti) řeči. Řeč může být dezorganizována v mnoha ohledech. Může se jednat o neschopnost udržet téma konverzace a paralogie, tj. rozvolnění logických vazeb v procesu myšlení. Slovní projev nemocného člověka s nesouvislým myšlením nemá „hlavu ani patu“, protože to, co sděluje, postrádá gramatické vazby. Jako extrém se může objevit tzv. slovní salát. Dále se mohou objevovat neologismy, což jsou pojmy vymyšlené postiženým, kterým zpravidla nikdo jiný nerozumí. Chudost řeči, sdělování bez obsahu, zárazy v myšlení, kdy se nemocnému nedostává myšlenky.

Více či méně nápadné chování je důsledkem ztráty soudržnosti afektu, řeči, myšlení a pohybů. Veřejný projev je rozličný od neadekvátní dovádivosti a nezbednosti až po nepředvídatelný neklid. Tato neschopnost ovládat své chování se projevuje v každodenním životě. Člověk mnohdy není schopný udržovat hygienu, vyskytují se nápadnosti v oblékání, neadekvátní sexuální chování apod.³¹

Lidé se schizofrenií se obvykle přestávají orientovat v sobě samém i v okolí, ztrácejí svou identitu. Odtrhují se od vnějšího světa a dochází k rozpadu integrujících funkcí osobnosti. Nejsou si jistí, kým doopravdy jsou, často se považují za někoho jiného. Nezvládají adekvátně zpracovat běžné informace, zhodnotit je a zapamatovat si je. Mají potíže se zvládnutím informačního a myšlenkového chaosu, který vzniká v jejich vědomí a vyžaduje tolik času a energie, že se nemohou dále věnovat něčemu jinému, co se jim právě přímo nevnucuje.³²

³⁰ STYX, Petr, *O psychiatrii*, s. 101.

³¹ MOTLOVÁ, Lucie, KOUKOLÍK, František, *Schizofrenie*, s. 24, 25.

³² VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 179.

Emoce a jejich poruchy

Emoce zahrnují pocity, afekty, nálady a motivaci.

Nejčastější poruchy emocí u schizofreniků:

- pocit – neschopnost prožívat kladné emoce a city, zintenzivnění pocitů;
- afektivita – nepřiléhavá afektivita, plochá, otupená afektivita;
- nálada – deprese, povznesená nálada, úzkost;
- motivace – apatie, nedostatek vůle.³³

Citové prožívání schizofreniků se mění, můžeme jej hodnotit jako nepřiměřené, event. oploštěné a otupělé. K takovéto změně přispívá také porušení kontaktu s realitou. Nemocní vnímají některé podněty příliš citlivě, a tím u nich mohou vyvolat neočekávanou a silnou reakci. Celý svět je pro ně zdrojem velkého množství silných podnětů, které v nich vyvolávají pocity ohrožení. Důsledkem je, že se stahují sami do sebe, do svého světa, do světa vlastní fantazie. Také produkce vlastního vědomí je velmi upoutává. Těžko jej ovládají a je pro ně subjektivně závažné, proto na něj reagují, a to i emočně.

U lidí se schizofrenií se mohou objevovat rovněž deprese. V pozdějších fázích onemocnění dochází především k emočnímu oploštění, ke snížení schopnosti emočně reagovat (a to převážně pozitivně) a při chronickém onemocnění se člověk může stát apatickým.

Autismus a ambivalence

U lidí se schizofrenií představuje autismus nápadnou a nepřiměřenou sociální izolaci, kdy se tito lidé koncentrují na sebe sama a důsledkem je ztráta zájmu o kontakt s okolím. Člověk se stahuje do sebe, nerozumí tomu, co se kolem něho děje, z tohoto dění má strach, a proto se okolí raději vyhýbá. Nezná hranice mezi já a ne-já, což stimuluje potřebu se izolovat ve svém světě, kde platí určité, i když z objektivního hlediska bludné, zákonitosti.

Při ambivalenci dochází k protichůdnosti citových prožitků, úvah i názorů. Emoce nemocného člověka se projevují kombinací citů, které vyvolávají protichůdné reakce, např. láska a nenávisť, strach a touha, přitažlivost a odpor. Klasické citové reakce spíše

³³ MOTLOVÁ, Lucie, KOUKOLÍK, František, *Schizofrenie*, s. 28.

vyhasínají. Protikladnost se může projevovat také ve vztahu k určitým lidem, ale v celkovém hodnocení situace vede k nedostatku souvislostí v jednání.³⁴

Suicidium

Riziko sebevražd, či pokusů o ně, je vysoké především u mladých lidí se schizofrenií, převážně během prvního roku po stanovení diagnózy. O sebevraždu se pokusí 25–50 % osob se schizofrenií, z toho jí 4–13 % dokoná. Schizofrenici suicidium méně často plánují oproti lidem bez tohoto onemocnění.

Mezi rizikové faktory sebevražedného jednání člověka se schizofrenií patří: předchozí sebevražedný pokus, užívání drog, deprese, pocit beznaděje a mužské pohlaví. Dále to může být náhled na vlastní nemoc a nedotčené kognitivní funkce, zvláště poji-li se s beznadějí. Dalším faktorem může být chronický průběh s častými návraty příznaků nemoci, časté a krátké hospitalizace, negativní postoj k léčbě, impulsivní chování, nedobrovolná hospitalizace, vysoká úroveň IQ před onemocněním, přítomnost psychózy a deprese.³⁵

1.1.6 Formy schizofrenie

Určité formy schizofrenie mají u konkrétního jedince jen zřídka zcela vyhraněnou podobu a nelze vždy rozpoznat jasné ohraničení specifickými příznaky. Může se stát, že u jednoho a toho samého člověka budou převažovat v různých stádiích nemoci takové symptomy, které jsou typické pro různé formy schizofrenie.³⁶

Paranoidní schizofrenie

Tato forma schizofrenie je charakteristická patologickou podezíravostí vůči okolí. Bývá posilována paranoidními bludy, což má za následek vnitřní přesvědčení, že je člověk pronásledován, kontrolován a ovlivňován. Objevují se často také halucinace, převážně sluchové ve formě hlasů, které něco přikazují. Člověk je tak přesvědčen, že jej někdo pronásleduje a hrozí mu zničení, či že bude použit k nějakým účelům nadpřirozenými silami. Blud ohrožení se může vztahovat i ke skutečným lidem a jedinec se tak stává

34 VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 181.

35 MOTLOVÁ, Lucie, KOUKOLÍK, František, *Schizofrenie*, s. 29.

36 LIBIGER, Jan, *Schizofrenie*, s. 91.

nebezpečným svému okolí. Nemocný paranoidní schizofrenií může napadnout nic netušící lidi, aby se ubránil proti svému ohrožení, které prožívá v důsledku své patologické logiky.³⁷

Hebefrenní schizofrenie

Hebefrenní schizofrenie je typická pro období adolescence a rané dospělosti, tedy ve věku 15 až 25 let. Prognóza bývá velice špatná, protože zasahuje rozvoj osobnosti jedince v období, kdy by mělo docházet k vytváření a stabilizování nové identity. V případě, že v této době vypukne závažné duševní onemocnění, nová identita se nevytvoří a původní dětská identita není dostatečná pro stabilní základ osobnosti. Hebefrenní schizofrenie se projevuje jako prohloubená a protahovaná puberta s nápadným šaškováním a klackovitým chováním, které neodpovídá věku. Tito lidé se chovají, jako by věděli vše nejlíp, jsou značně suverénní, jejich uvažování bývá ovšem patologické. Někdy se objevují bizarní bludy. Halucinace jsou častěji zrakové.³⁸

Katatonní schizofrenie

U této formy schizofrenie je typická nápadnost motorické aktivity. Poruchy se mohou projevovat v podobě extrémně zvýšené motorické aktivity vedoucí až k bezcílnému neklidu, tzv. produktivní forma, nebo naopak v podobě snížení motoriky až do setrvání ve strnulých polohách, tzv. stuporózní forma.³⁹ Člověk nemluví a odporuje vůči snaze jej nějak aktivizovat. Bývá negativistický a jeho reakce jsou opačné, než k jakým byl vybízen. Jeho chování může být značně nevyzpytatelné, protože mívá halucinace, které mu „přikazují“ vykonávat určitou činnost. Typických případů katatonní schizofrenie je velmi málo.⁴⁰

Simplexní schizofrenie

Tato forma se projevuje časným a plíživým vznikem, nemocní lidé jsou pasivitou, apatičností, ztrátou zájmu o cokoli, izolací od společnosti.. Lidé s touto formou nejsou schopni zvládat běžné požadavky, jsou celkově nevýkonní. Potulují se a nerespektují běžné sociální normy. Jejich myšlení se zhoršuje až na úroveň demence.⁴¹

37 VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 184.

38 VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 184, 185.

39 LIBIGER, Jan, *Schizofrenie*, s. 95.

40 VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 187.

41 VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 187.

Reziduální schizofrenie

Lidé s touto formou schizofrenie se projevují změněným chováním, podivínstvím spojeným s lenošstvím, nemotivovanou toulavostí a zanedbáváním sebe i svého okolí. Jsou emotivně oploštění a v řeči a myšlení se projevují podivností v závislosti na situačních vlivech a postavení nemocného.⁴²

Nediferencovaná schizofrenie

Jedná se o formu, která splňuje diagnostická kritéria pro schizofrenii, ovšem příznaky neodpovídají žádnému z výše uvedených typů. Také nejsou splněna kritéria pro postschizofrenní depresi nebo reziduální schizofrenii.⁴³

Dětská schizofrenie

Schizofrenie je označována za dětskou schizofrenii, pokud se projeví do deseti let věku. Také pro tuto variantu schizofrenie platí diagnostická kritéria obdobná jako pro schizofrenii u dospělých.

Čím dříve se projeví, tím má horší prognózu, protože psychotická onemocnění získaná v dětství narušují celý vývoj dítěte a znemožňují mu tak získat zkušenosti, které jsou důležité pro rozvoj v určitých vývojových fázích. Tyto změny zasahují do nezralé a nerozvinuté dětské osobnosti a mají tedy velmi vážné důsledky.⁴⁴

1.1.7 Terapie schizofrenie

Mahrová⁴⁵ uvádí, že je terapie vždy celek a její rozdělení je jen teoretické. Účinným je vždy komplexní multidisciplinární přístup, který se realizuje spoluprací klienta s odborným týmem.

Podobně jako u mnohých jiných chorob i zde je zapotřebí léčbu chápat jako soubor opatření a zásahů do nemocí formovaného života člověka za jeho účasti a spolupráce

42 LIBIGER, Jan, *Schizofrenie*, s. 96.

43 HORÁČEK, Jiří a kol. *Psychotické stavy v klinické praxi*, s. 36.

44 VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 189.

45 MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina, *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 92.

s cílem dosáhnout pro něho úlevy a vytvořit podmínky pro nechorobný vztah mezi ním a jeho okolím.⁴⁶

I při současném trendu deinstitucionalizace, kdy je snaha obejít se bez hospitalizace, je v některých případech nutné umístění na lůžkovém oddělení na počátku nemoci z důvodu pečlivé diagnostiky. Hospitalizace je nutná také tehdy, když je člověk nebezpečný sobě nebo svému okolí, když není schopen se o sebe postarat, když ztratil prostředky či osoby, které mu zajišťovali péči.⁴⁷

Schizofrenie je léčitelná nemoc, jejíž terapie je komplexní, tedy farmakoterapie doplněná o psychosociální intervenci. Cílem psychosociální intervence je zvýšení prahu odolnosti vůči stresorům v bezprostředním okolí jedince, tedy v rodině, ale i ve společnosti.⁴⁸

Biologická léčba je součástí terapie a představuje medikaci, aplikaci léčebných metod a postupů. Spadá plně do kompetencí lékaře, psychiatra.

Psychoterapie je nedílnou součástí terapie lidí se schizofrenií. Je zcela v kompetenci psychiatra, psychologa nebo psychoterapeuta, který je erudovaný v některém z psychoterapeutických směrů.⁴⁹ Zabývá se rozsáhlými okruhy problémů, kterým musí nemocný člověk čelit: obtíže v mezilidské komunikaci, deprese a potřeba vyrovnat se s přetrvávajícími a stresujícími psychotickými symptomy. Mezi nejčastější terapeutické možnosti patří kognitivně-behaviorální psychoterapie.

Individuální psychoedukace je šitá na míru osobní situaci člověka se schizofrenií. Při přípravě terapeutického plánu je možno vycházet z vlastních postřehů pacienta a vystopovat individuální varovná znamení, která ohlašují zhoršení stavu a připravit si tak krizový plán.

Rodinná psychoedukace je intervence, která je zaměřená na celou rodinu a blízké osoby člověka se schizofrenií. Cílem je poskytnout jemu a jeho blízkým dostatečně obsáhlé a podstatné informace o schizofrenii, naučit je dovednostem důležitým pro její úspěšné dlouhodobé zvládání a poskytnout podporu všem zúčastněným.⁵⁰

46 LIBIGER, Jan, *Schizofrenie*, s. 103.

47 ZVOLSKÝ, Petr, *Speciální psychiatrie*, s. 83.

48 MOTLOVÁ, Lucie, KOUKOLÍK, František, *Schizofrenie*, s. 299.

49 MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina, *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 93.

50 MOTLOVÁ, Lucie, KOUKOLÍK, František, *Schizofrenie*, s. 324.

Režimová terapie klade důraz na jasné strukturované uspořádání, které člověku nabízí bezpečí a jistotu. Jde o organizaci zdravého prostředí, kde je možné dělat chyby a napravovat je s rostoucí mírou odpovědnosti. Srozumitelný a vymezený denní program a pravidla dodávají jasný a pevný řád. Narušují tak negativní myšlení a nudu. Lidé se schizofrenií vědí, co právě probíhá a co bude následovat. Jejich den je přesně rozložený do jednotlivých časových úseků a jejich obsah je pojmenovaný. Pohybují se tak v pevně stanovených hranicích, které se učí dodržovat.

Pod vlivem denního režimu se u nich obnovují návyky, které ztratili či nikdy neměli. Získávají zdravé sociální návyky a narušují se vzorce nepřizpůsobivých forem chování. Pokud je denní program dobře sestavený, odráží realitu všedního dne a respektuje zájmy a potřeby všech členů režimové terapie. Cílem je, aby si uživatel byl schopen vytvořit vlastní denní režim, který bude schopný dodržovat a upravovat podle svých potřeb tak, aby zůstaly zachovány zásady zdravého způsobu života.

Péče o každodenní chod zařízení, kde terapie probíhá, a ergoterapie je z velké části kompetencí pracovního terapeuta. Uživatel v těchto činnostech získává kompetenci a důvěru a má možnost převzít odpovědnost sám za sebe i za ostatní, uvědomuje si své schopnosti, učí se znovu udržovat pořádek a dodržovat hygienu. „Nejvyšším cílem je přijetí vlastních životních rolí, které odpovídají reálným možnostem klienta a vedou k jeho spokojenosti.“⁵¹

Nedílnou součástí je aktivní a smysluplné vyplnění volného času. Při těchto aktivitách dochází k vzájemné spolupráci, k plánování a následného zpracovávání společných zážitků. Objevují se také krizové situace, jejichž překonání je pro uživatele vždy posílením. Zážitkové a zátěžové programy jsou příležitostí pro uživatele, aby zjistil, kde jsou jeho hranice sil a kdy se může spolehnout na ostatní, dále umožňují mobilizovat uživatelův vnitřní potenciál a tím i posílení jeho sebevědomí.⁵²

51 MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina, *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 94.

52 MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina, *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 95.

1.1.8 Kvalita života osob se schizofrenií

Kvalita života je kritérium používané k hodnocení sociální role, kterou člověk zastává, její naplnění, pocitu spokojenosti, materiální situace, životní perspektivy a uplatňuje se při posuzování farmakoterapie, psychosociálních intervencí a kvality služeb.

Kvalitu života můžeme posuzovat z hlediska objektivního i subjektivního. Objektivní kritéria zahrnují pojmy životní úroveň nebo sociální postavení a patří sem příjem, počet let vzdělání apod. Jedná se tedy o snadno měřitelné a kvantifikované položky. Do subjektivních kritérií zahrnujeme vlastní výpovědi o spokojenosti s objektivními faktory např. subjektivní spokojenost s prací.

Kritici sebeposuzujících metod namítají, že subjektivní hodnocení schizofreniků je ovlivněno kognitivními problémy, často se opakujícími výkyvy nálady, nedávnými životními okolnostmi a medikací. Lidé se schizofrenií mají tendenci svou kvalitu života spíše nadhodnocovat. Ovšem „63–95 % klinicky stabilizovaných pacientů je schopno hodnotit kvalitu svého života spolehlivě, s dostatečnou konzistencí a jejich výpovědi není třeba zpochybňovat.“⁵³

1.1.9 Sociální stigma a schizofrenie

Značná část populace má na jedince s duševními poruchami a nemocemi negativní názory, které ústí v sociální stigmatizaci. Schizofrenie, alkoholismus a drogová závislost představují pro veřejnost nepředvídatelnost chování a nebezpečí a s nimi často spojeného násilného chování.

„Pro stigma je charakteristický současný výskyt nálepky, stereotypu, separace, ztráty postavení a diskriminace, přičemž k uplatnění stigmatizace musí být k dispozici moc.“⁵⁴

Pro mnoho lidí je stigmatizující nálepka „psychiatrický pacient“ spojeno s představou, že tento člověk je nebezpečný, a to vede k touze distancovat se od duševně nemocných. Ovšem člověk, který je nemocen schizofrenií, je jedním z nás. Je to především člověk, který onemocněl. Proto bychom jej neměli řadit mezi „oni – schizofrenici“, ale mezi „nás – lidé“.⁵⁵

53 MOTLOVÁ, Lucie, KOUKOLÍK, František, *Schizofrenie*, s. 340.

54 MOTLOVÁ, Lucie, KOUKOLÍK, František, *Schizofrenie*, s. 340.

55 MOTLOVÁ, Lucie, KOUKOLÍK, František, *Schizofrenie*, s. 340.

1.1.10 Resocializace osob se schizofrenií

Cílem resocializace, tedy socioterapie, je dosáhnout přijatelného sociálního přizpůsobení a sociální integrace v oblasti bydlení i zaměstnání.

Z počátku je důležité upravit soužití v rodině nemocného, zlepšit atmosféru, redukovat a upravit zdroje napětí uvnitř rodiny a uvědomit si, že soužití musí být snesitelné pro všechny členy rodiny a nesmí na nemocného působit dráždivě.

Uživatele je třeba aktivizovat, zorganizovat jeho denní režim, protože on sám toho není schopen, spíše se izoluje a má tendenci nic nedělat. Zároveň jej musíme chránit před nadměrným zatěžováním, které vyvolává stres. Současně nepřipustit ztrátu kontaktu s lidmi.

Dlouhodobý pobyt v jakémkoli zařízení (léčebna či ústavní zařízení) snižuje sociální návyky uživatele. Proto, pokud je to možné, je nejlepší návrat člověka do rodinného prostředí. V případě, že to rodina odmítá, či je takové soužití nemožné, nabízí se možnost zkusit pobyt v chráněném bydlení, které lze chápat jako přechodnou variantu mezi institucí a naprostou samotou.⁵⁶

Přednost by měla vždy mít podpora bydlení v přirozených podmínkách stálého bydlení domácího typu, tak aby mohl uživatel rozvíjet nejen své dovednosti, ale také aby byl posílen jeho pocit bezpečného zázemí. Jakýkoli nácvik dovedností by měl probíhat v přirozeném prostředí a měl by být spojen s budováním přirozené sociální sítě.⁵⁷

Uživatelé by měli být zařazeni do pracovního procesu, ovšem návrat do původního zaměstnání může být obtížný, protože tito lidé mnohdy ztratí původní pracovní návyky a jsou pak hůře adaptabilní. Mohou se setkat se dvěma riziky: 1. nemají všechny potřebné kompetence, aby zvládli zátěž v profesní roli, 2. mohou se setkat s neporozuměním ze strany spolupracujících, s odstupem či nedůvěrou. Před návratem do původního zaměstnání je důležité posoudit, zda člověk zátěž zvládne a zda je schopen konkrétní profesi dále vykonávat. Pokud ne, je možné začít s nějakou zvládnutelnou pracovní činností nejlépe na chráněném pracovišti, kde je nižší pracovní zatížení.⁵⁸

56 VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 366.

57 MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla, KOLÁČKOVÁ, Jana, *Sociální práce v praxi*, s. 146.

58 VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 366.

1.2 Sociální služby a schizofrenie

„Sociální službou se rozumí činnost nebo souhrn činností poskytujících osobám pomoc v nepříznivé sociální situaci a ochranu před sociálním vyloučením s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a využívat obvyklým způsobem jiných systémů (např. bydlení, školství, zdravotnictví, služby zaměstnanosti atd.). Sociální služba je službou veřejnou.“⁵⁹

Poskytovatelem sociálních služeb může být fyzická osoba, nestátní nezisková organizace, organizace řízená obcí, organizace řízená krajem, organizace řízená státem.

Uživatel sociálních služeb je člověk v aktuální nepříznivé sociální situaci, který využívá sociálních služeb k řešení své situace.⁶⁰

Uživatel by měl mít právo volby rozhodnout se, kde a s kým bude žít. Měl by se účastnit v procesu rozhodování jak o sobě, tak při plánování systému péče. Při poskytování sociální péče je důležitá spolupráce s rodinou, musí být zabezpečena dostupnost a rychlost pomoci. Vždy je nutné obhajovat zájmy uživatele v prostředí, kde je ohrožen, a zabezpečit mu mj. adekvátní finanční podporu.⁶¹

Podle základních zásad Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. musí rozsah a forma pomoci a podpory poskytované prostřednictvím sociálních služeb zachovávat lidskou důstojnost osob, dále musí vycházet z individuálně určených potřeb lidí, musí působit na uživatele aktivně, musí podporovat jejich samostatnost, motivovat je k činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání či prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Veškeré sociální služby musí být poskytovány v zájmu uživatelů a to takovým způsobem a v takové kvalitě, aby byla vždy dodržena základní lidská práva a svobody osob.⁶²

Mezi formy poskytování sociálních služeb patří služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Mezi pobytové služby patří služby, které jsou spojené s ubytováním v zařízeních

59 PEŠATOVÁ, Ilona, ŠVINGALOVÁ, Dana, *Úvod do speciálně pedagogické a sociální problematiky*, s. 5.

60 PEŠATOVÁ, Ilona, ŠVINGALOVÁ, Dana, *Úvod do speciálně pedagogické a sociální problematiky*, s. 5.

61 MATOUŠEK, Oldřich, *Sociální práce v praxi*, s. 147.

62 Zákon č. 108/2006 Sb., § 2, odst. 2.

sociálních služeb.⁶³ Nejčastějším takovým zařízením jsou ústavy sociální péče, které spadají pod Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky.⁶⁴

Vzhledem k tématu a cíli bakalářské práce se bude tato její část zabývat převážně pobytovými zařízeními, ve kterých je poskytována péče uživatelům se schizofrenií.

1.2.1 Zařízení sociálních služeb a osoby se schizofrenií

Pro poskytování sociálních služeb se zřizují tato zařízení sociálních služeb:

- a) centra denních služeb,
- b) denní stacionáře,
- c) týdenní stacionáře,
- d) domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- e) domovy pro seniory,
- f) domovy se zvláštním režimem,
- g) chráněné bydlení,
- h) azylové domy,
- i) domy na půl cesty,
- j) zařízení pro krizovou pomoc,
- k) nízkoprahová denní centra,
- l) nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- m) noclehárny,
- n) terapeutické komunity,
- o) sociální poradny,
- p) sociálně terapeutické dílny,
- q) centra sociálně rehabilitačních služeb,
- r) pracoviště rané péče,
- s) intervenční centra,
- t) zařízení následné péče.⁶⁵

Z výše popsaných zařízení se sociální péče lidem s diagnózou schizofrenie, respektive lidem s chronickým duševním onemocněním, poskytuje pouze v těchto zařízeních: Domov

⁶³ Zákon č. 108/2006 Sb., § 33, odst. 1, 2.

⁶⁴ VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich, *Psychopedie*, s. 106.

⁶⁵ Zákon č. 108/2006 Sb., § 34, odst. 1.

se zvláštním režimem, denní stacionář, týdenní stacionář, chráněné bydlení, služby následné péče a terapeutické komunity. Těmto zařízením se budeme dále věnovat podrobněji. Nejvíce informací bude sděleno o zařízení „Domov se zvláštním režimem v Terezíně“, kde bylo prováděno dotazníkové šetření.

Domovy se zvláštním režimem

V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby uživatelům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a uživatelům se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám uživatelů.⁶⁶

V domovech se zvláštním režimem jsou poskytovány následující základní služby:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.⁶⁷

Podle Registru poskytovatelů sociálních služeb je v České republice tato služba poskytována ve 174 zařízeních. Z toho je 126 určeno pro uživatele s chronickým duševním onemocněním (podrobnosti o rozdělení dle věku přináší tabulka 1).⁶⁸

⁶⁶ Zákon č. 108/2006 Sb., § 50, odst. 1.

⁶⁷ Zákon č. 108/2006 Sb., § 50, odst. 2.

⁶⁸ MPSV, *Registr poskytovatelů sociálních služeb*, 2009.

Tabulka 1: Domovy se zvláštním režimem pro lidi s chronickým duševním onemocněním v České republice – rozdělení dle věku

Věk klientů	od 16 let	od 18 let	od 19 let	od 27 let	od 30 let	od 40 let	od 45 let	starší 50 let	celkem v ČR
Počet v ČR	1	4	12	49	1	3	2	54	126

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Zřetelná převaha **domovů se zvláštním režimem** je dána tím, že nyní pod domovy se zvláštním režimem patří domovy důchodců, domovy pro seniory a další podobná zařízení. Cílovou skupinou bývají lidé v důchodovém věku a lidé s určitým typem demencí, což je také chronické duševní onemocnění. Toto je patrné v tabulce 1, kde nejvíce zařízení tohoto typu je určeno pro osoby starší 50 let.

Uživatelům je poskytována komplexní péče tj. ubytování, stravování, lékařská péče, rehabilitace, sociální služby, aktivní využití volného času a individuální péče. Nabízí se také možnost ubytování manželským a partnerským dvojicím a možnost žít mimo zařízení v rámci integrace do prostředí města.

Posláním je co nejvíce uživatele přiblížit běžnému způsobu života tak, aby zůstali součástí běžného společenského života a mohli tak využívat místní instituce a služby veřejnosti. Mají možnost využít přirozené vztahové sítě. Je kladen důraz na zachování důstojnosti, seberealizace, možnosti rozhodování o sobě a zachování intimity prostředí.⁶⁹

Pracovníci domova se zvláštním režimem respektují individualitu každého uživatele, který v tomto zařízení bydlí. S ohledem na jeho zdravotní stav, schopnosti, dovednosti, zájmy, záliby, aktuální náladu, mu jsou nabízeny činnosti, kterých může kdykoli využít. Ovšem uživatelé nemají povinnost účastnit se nabízených činností a akcí, proto záleží vždy na osobním zájmu každého uživatele. Většina uživatelů je zbavena způsobilosti k právním úkonům a do zařízení byli umístěni na žádost opatrovníka. Je důležité, aby každý pracovník respektoval názor uživatele na život ve velkokapacitním zařízení a pomohl mu k tomu, aby jeho život v domově se zvláštním režimem byl co možná nejkvalitnější.

⁶⁹ BRADÁČOVÁ, Ludmila, *Standardy kvality sociálních služeb*, 2007.

Služba nabízí zajištění základních životních potřeb člověka, zdravotní péči, sociální poradenství a asistenci, aktivní využití volného času, rozvoj samostatnosti a individuálních schopností. Služba je tedy vhodná pro skupinu uživatelů se schizofrenií, kteří nejsou schopni žít bez podpory druhé osoby.

Denní stacionáře

V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby uživatelům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a uživatelům s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.⁷⁰

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy,
- d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.⁷¹

Podle Registru poskytovatelů sociálních služeb se služba denního stacionáře poskytuje v celé České republice na 271 pracovištích. Z tohoto celkového počtu je 71 zařízení určeno pro uživatele s chronickým duševním onemocněním. Podrobnosti o rozdělení dle věku přináší tabulka 2.⁷²

Tabulka 2: Denní stacionáře pro lidi s chronickým duševním onemocněním v České republice – rozdělení dle věku

Věk klientů	dětský věk	do 27 let	od 27 let	starší věk	celkem v ČR
Počet v ČR	1	1	27	42	71

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

⁷⁰ Zákon č. 108/2006 Sb., § 46, odst. 1.

⁷¹ Zákon č. 108/2006 Sb., § 46, odst. 2.

⁷² MPSV, *Registr poskytovatelů sociálních služeb*, 2009.

Denní stacionáře jsou další zařízení s velkým zastoupením, která poskytují sociální služby uživatelům s chronickým duševním onemocněním. Tyto služby jsou poskytovány především dospělým lidem, což je patrné z tabulky 2. Tato zařízení jsou určena převážně pro uživatele, kteří jsou schopni se postarat o sebe sami, většinou s pomocí blízké osoby, ale nemají možnost pracovního a společenského uplatnění.

Cílem denního stacionáře je umožnit uživatelům se zdravotním postižením a se sníženou soběstačností, aby nemuseli být umístěni v ústavech sociální péče, a aby mohli co nejdéle zůstat v rodinném prostředí a žít tak život obdobný jejich vrstevníkům.

Program denního stacionáře zahrnuje: sociálně terapeutické a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; pomoc při zvládání běžné péče o vlastní osobu; poskytování stravy; pomoc při uplatňování práv a při obstarávání osobních záležitostí; sociální poradenství; doplňkové služby např. dovoz a odvoz uživatelů. Provozní doba je různá dle zařízení. Neposkytuje se nocleh.⁷³

Služba je vhodná pro jedince se schizofrenií, kteří žijí v rodinném prostředí. Zachovává se tak úzká vazba s rodinnými příslušníky, kde jedinec pociťuje základní pocit bezpečí a jistoty, a zároveň má možnost navázat vztahy mimo rodinu. Důležité při využívání služeb denního stacionáře je, aby byl uživatel schopen přizpůsobit se životu ve společenství. Lze se tedy domnívat, že služba denního stacionáře je vhodná nejen pro uživatele, ale také pro rodinné příslušníky, kteří poskytují postiženému jedinci základní sociální oporu, ale zároveň se mu nemohou věnovat celý den, např. z důvodu zaměstnání.

Týdenní stacionáře

V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby uživatelům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a uživatelům s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.⁷⁴

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,

⁷³ CENTRUM SLUŽEB PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ, *Denní stacionář*, 2009.

⁷⁴ Zákon č. 108/2006 Sb., § 47, odst. 1.

- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) sociálně terapeutické činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.⁷⁵

Podle Registru poskytovatelů sociálních služeb existuje v České republice 80 týdenních stacionářů. Z tohoto celkového počtu je 12 zařízení určeno pro lidi s chronickým duševním onemocněním. Podrobnosti o rozdělení dle věku přináší tabulka 3.⁷⁶

Tabulka 3: Týdenní stacionáře pro lidi s chronickým duševním onemocněním v České republice – rozdělení dle věku

Věk klientů	dětský věk	do 27 let	od 27 let	starší věk	celkem v ČR
Počet v ČR	1	2	2	7	12

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Služba **týdenních stacionářů** pro osoby s chronickým duševním onemocněním není v ČR příliš rozšířena. Nejvíce těchto zařízení je určeno pro starší osoby. Jedná se o pobytové zařízení, které poskytuje zdravotní, sociální, ošetrovatelskou a terapeutickou službu. Služba není nepřetržitá, je vyhraněná několika dny v týdnu.

Cílem této služby je nalézt skryté schopnosti u každého jedince a využít je k jeho prospěchu. Týdenní stacionář poskytuje služby zaměřené na podporu rozvoje schopností uživatele vést běžný způsob života a podpory jejich nezávislosti v rozhodování o osobních záležitostech. Zajišťuje zdravotně ošetrovatelskou péči, sociálně terapeutické, výchovné, pracovní, zájmové a aktivizační činnosti podle individuálních potřeb uživatelů. Doba poskytování služby je nepřetržitá ve všední dny.⁷⁷

Můžeme se domnívat, že služba týdenních stacionářů není příliš rozšířena z toho důvodu, že poskytuje podobné služby jako domovy se zvláštním režimem. Pozitivem při využívání

⁷⁵ Zákon č. 108/2006 Sb., § 47, odst. 2.

⁷⁶ MPSV, *Registr poskytovatelů sociálních služeb*, 2009.

⁷⁷ CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB DĚČÍN, *Týdenní stacionář*, 2009.

služeb tohoto zařízení je stálý kontakt s rodinou uživatele a zároveň podpora v samostatnosti, navazování nových sociálních vazeb s vrstevníky a postupné odbourávání citové závislosti uživatele s postižením na rodičích či rodinných příslušnících.

Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná uživatelům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.⁷⁸

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- b) poskytnutí ubytování,
- c) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.⁷⁹

Podle Registru poskytovatelů sociálních služeb existuje v celé České republice 130 chráněných bydlení. Z tohoto celkového počtu je jen 30 zařízení určeno pro lidi s chronickou duševní poruchou.⁸⁰ Podrobnosti o rozdělení dle věku přináší tabulka 4.

Tabulka 4: Chráněné bydlení pro lidi s chronickým duševním onemocněním v České republice – rozdělení dle věku

Věk klientů	mladí dospělí od 16 let	od 27 let	nad 65 let	celkem v ČR
Počet v ČR	28	1	1	30

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

⁷⁸ Zákon č. 108/2006 Sb., § 51, odst. 1.

⁷⁹ Zákon č. 108/2006 Sb., § 51, odst. 2.

⁸⁰ MPSV, *Registr poskytovatelů sociálních služeb*, 2009.

Chráněné bydlení je jedním z mála zařízení, kde poskytují služby dospívajícím lidem, kteří potřebují k samostatnému životu pouze občasný dohled a pomoc kvalifikované osoby. Tito uživatelé by nebyli schopni žít zcela samostatně, protože často bývají zaměstnáni jako pracovníci se sníženou pracovní schopností a nedosáhnou tak požadovaného standardu k tomu, aby byli schopni uhradit celé náklady na běžné bydlení.

Tato služba poskytuje skupinové ubytování, které umožní začlenění jedince do společnosti. Hlavními prostředky rehabilitace je zlepšení, obnovení nebo udržení návyků a dovedností souvisejících s péčí o vlastní osobu a svěřené prostory, tj. domácnost (medikace a spolupráce s ošetřujícím lékařem, úklid, hygiena, praní, žehlení, hospodaření s penězi, spolupráce s dalšími osobami, denní režim ad.). Dále aktivizuje uživatele, podporuje jej při zisku a udržování jeho kontaktů se společností a ve využívání běžných zdrojů, včetně sociálních služeb. O všední dny je na chráněném bydlení přítomen terapeut, v nočních hodinách a o víkendu asistenční služba. Služba je poskytována za poplatek.⁸¹

Chráněné bydlení je druh sociální péče, který je určen pro uživatele se zachovalými sebeobslužnými schopnostmi a samostatností. Lze se domnívat, že právě tato služba rozvíjí v maximální možné míře jedince se schizofrenií a poskytuje mu možnost prožít život téměř totožný s běžným životem. Nabízí mu jak soukromí, volnost v rozhodování a hospodaření s volným časem, tak podporu asistentů při řešení neznámých situací. Uživatel často bývá zaměstnán, čímž si rozšiřuje sociální síť, učí se hospodařit s financemi, učí se povinností a zodpovědností.

Služby následné péče

Služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované uživatelům s chronickým duševním onemocněním a uživatelům závislým na návykových látkách, kteří absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo uživatelům, kteří abstinují.⁸²

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) sociálně terapeutické činnosti,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,

⁸¹ BONA.CZ, *Chráněné bydlení*, 2009.

⁸² Zákon č. 108/2006 Sb., § 64, odst. 1.

c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Služba poskytovaná formou pobytových služeb v zařízeních následné péče obsahuje vedle základních činností také tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy.⁸³

Podle Registru poskytovatelů sociálních služeb je v České republice celkem 34 zařízení služeb následné péče. Z celkového počtu je pouze 10 zařízení určeno pro osoby s chronickou duševní poruchou. Podrobnosti o rozdělení dle věku přináší tabulka 5.⁸⁴

Tabulka 5: Služby následné péče pro lidi s chronickým duševním onemocněním v České republice – rozdělení dle věku

Věk klientů	dětský věk	mladí dospělí	celkem v ČR
Počet v ČR	1	9	10

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Služby následné péče jsou určeny převážně pro osoby závislé na návykových látkách. Poskytují ubytování, ale i pomoc minimalizovat sociální vyloučení a aktivně naplnit volný čas. Toto zařízení nabízí služby převážně mladým lidem.

Cílem této služby je zlepšit kvalitu života uživatelů s dušením onemocnění, tj. v rámci jejich možností minimalizovat jejich sociální vyloučení, rozšířit jejich sociální síť nutnou pro další podporu a integraci, pomoci jim smysluplně naplnit volný čas, zapojit je do konstruktivního a aktivního plánování času a umožnit jim opět rozvinout schopnost komunikovat s okolním světem. Služba probíhá formou sezení, kde uživatel vyjádří svá přání a plány. Dále má možnost strávit několik hodin v týdnu s asistentem, který je jeho průvodcem ve chvílích, kdy potřebuje podporu a pomoc.⁸⁵

Služby následné péče nabízejí uživatelům s duševním onemocněním podporu ve chvílích, kdy se u nich objeví emoční labilita, výkyvy nálad nebo otupělost a oni tak nejsou schopni ve společnosti fungovat samostatně, protože se může dočasně zhoršit sociální síť a komunikace. Služba je vhodná pro schizofreniky žijící samostatně a slouží jako prevence

⁸³ Zákon č. 108/2006 Sb., § 64, odst. 2.

⁸⁴ MPSV, *Registr poskytovatelů sociálních služeb*, 2009.

⁸⁵ DOBRODUS.CZ, *Terapeutická komunita*, 2009.

vzniku izolace od společnosti. Služeb následné péče je v České republice velice málo, a proto také mnoho lidí trpících schizofrenií skončí v ubytovacích zařízeních, tj. psychiatrická léčebna či domovy se zvláštním režimem. Důležitá je také informovanost lidí se schizofrenií o možnosti využití tohoto druhu sociální péče.

Terapeutické komunity

Terapeutické komunity poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro uživatele závislé na návykových látkách nebo uživatele s chronickým duševním onemocněním, kteří mají zájem o začlenění do běžného života.⁸⁶

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí stravy,
- b) poskytnutí ubytování,
- c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- d) sociálně terapeutické činnosti,
- e) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.⁸⁷

Podle Registru poskytovatelů sociálních služeb je v České republice celkem 18 terapeutických komunit. Z tohoto celkového počtu je jen 5, které poskytují služby uživatelům s chronickým duševním onemocněním.⁸⁸

Tato služba je formou skupinové léčby, která vychází z podmínek blízkých skutečnému životu a nabízí široké spektrum situací, na něž musí uživatelé reagovat. Po určitou dobu spolu žijí v komunitě, pracují baví se, promítají do života skupiny své problémy, které se týkají zejména vztahů s lidmi okolo nich. V rámci terapeutického procesu mají uživatelé v kontaktu se skupinou a týmem příležitost jasně formulovat své problémy a cíle. Skupina poté pomáhá uživatelům získat náhled na jejich vlastní problémy a podíl na jejich vzniku, také jim poskytuje potřebné zkušenosti při hledání nových řešení problémů a způsobů chování. Skupina nabízí pocit bezpečí a tak jim umožňuje svobodně experimentovat s různými způsoby chování.⁸⁹

⁸⁶ Zákon č. 108/2006 Sb., § 68, odst. 1.

⁸⁷ Zákon č. 108/2006 Sb., § 68, odst. 2.

⁸⁸ MPSV, *Registr poskytovatelů sociálních služeb*, 2009.

⁸⁹ WHITE LIGHT I., *Terapeutická komunita*, 2009.

Služba je poskytována převážně uživatelům závislým na návykových látkách (alkoholu, drogách, gamblerství). Z tohoto důvodu je velice složité nalézt takovouto službu pro osoby se schizofrenií. Terapeutické léčení schizofreniků probíhá častěji hospitalizacemi v psychiatrických léčebnách. V České republice existuje pouze jedna terapeutická komunita pro osoby se schizofrenií v obci Mýto u Rokycan.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíl praktické části

Cílem bakalářské práce je zmapovat péči o lidi s diagnózou schizofrenie v zařízeních sociální péče a zjistit jejich názory na jim poskytovanou péči a jejich život v těchto zařízeních.

2.1.1 Stanovené předpoklady

Hlavní předpoklad práce: Lze předpokládat, že více než 50 % uživatelů je v zařízení sociální péče spokojeno.

V hlavním předpokladu je řešena otázka spokojenosti uživatelů se schizofrenií v zařízení sociální péče. Zajímala nás jejich spokojenost s kvalitou bydlení, stravování, zdravotní a sociální péčí, s finančními prostředky a možnostmi využití volného času.

Pro vyhodnocení hlavního předpokladu bylo zformulováno dalších pět tzv. pomocných předpokladů (viz níže).

Lze si položit otázku: Jakým způsobem hodnotí uživatelé služby, které jsou jim poskytovány v zařízení sociální péče a jak ohodnotí svůj život v tomto zařízení?

Pomocné předpoklady

Pomocné předpoklady se týkají: hodnocení kvality nabízených služeb a jejich využití, názoru na vlastní život v Domově se zvláštním režimem Terezín (dále DZRT), to vše s přihlédnutím na onemocnění schizofrenií a sníženou či žádnou schopností postarat se o sebe.

Pomocný předpoklad č. 1: Lze předpokládat, že více než 80 % uživatelů zařízení sociální péče je spokojeno s kvalitou ubytování.

Pomocný předpoklad č. 1 byl ověřován v dotazníku položkou č. 11.

Lze se domnívat, že převážná část respondentů DZRT je spokojena s kvalitou ubytování. Tato domněnka vycházela ze skutečnosti, že v DZRT je kvalita ubytování z pohledu autorky

na vysoké úrovni. Tentýž názor vyjadřuje také mnoho opatrovníků či rodinných příslušníků jednotlivých uživatelů. Nejčastějším důvodem tohoto názoru je srovnávání úrovně ubytování s psychiatrickými léčebnami. DZRT nabízí uživatelům ubytování v jednolůžkových až třílůžkových pokojích (blíže viz příloha č. 2). Součástí některých pokojů je také sociální zařízení. Vybavení nábytkem je moderní, popř. dochází k jeho postupné výměně. Každý uživatel má právo si svůj pokoj zútulnit dle své vlastní představy, má právo na ochranu svého majetku tím, že si může zamýkat pokoj event. skříň. Z důvodu naplnění kapacity zařízení není možné, aby si mohl každý uživatel vybrat svého spolubydlího. Možnost volného pohybu v prostorách zařízení má každý uživatel a je-li, dle lékaře, schopen, je mu umožněn samostatný pohyb mimo zařízení (pozn. omezení se týká osob s poruchou orientace a pohybu).

Pomocný předpoklad č. 2: Lze předpokládat, že více než 80 % uživatelů zařízení sociální péče je spokojeno s kvalitou stravování.

Pomocný předpoklad č. 2 byl ověřován v dotazníku položkou č. 6.

Strava je v DZRT poskytována pětikrát denně v pravidelný čas, tj. snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře a pro diabetiky druhá večeře. Uživatelé mají možnost výběru příloh a někdy si mohou vybrat ze dvou nabízených hlavních jídel. Při přípravě jídla se respektuje zdravotní stav každého uživatele. Pitný režim je zajištěn během celého dne čajem a pramenitou vodou. Všichni uživatelé mají možnost se vyjádřit ke kvalitě stravy a podat návrh na případnou změnu stravovací komisi, která je složená z pracovníků a uživatelů zařízení. Názor na chuť, množství a kvalitu jídla je individuální a záleží na preferencích každého člověka, ovšem i přesto se lze domnívat, že názory na stravu v DZRT budou převážně pozitivní.

Pomocný předpoklad č. 3: Lze předpokládat, že více než 80 % uživatelů zařízení sociální péče pocítuje nedostatek finančních prostředků.

Pomocný předpoklad č. 3 byl ověřován v dotazníku položkou č. 14.

U tohoto předpokladu byly dále zajímavé položky č. 15, 16, 17, 18 a 20.

Třetí pomocný předpoklad se týká finanční situace respondentů, resp. financí, které mají k dispozici pro vlastní útratu. Převážná část respondentů jsou kuřáci a značná část z nich nepokryje svým invalidním důchodem ani poplatky spojené s ubytováním. Tito uživatelé mají pak nárok na kapesné v rozsahu pouhých 15 % z celkové částky důchodu. Tato částka slouží také na platbu pravidelných léků, poplatků u lékaře či dalších veřejných služeb, na koupi ošacení, hygienických potřeb apod. Z tohoto důvodu byli respondenti v dotazníku také tázáni, zda si přivydělávají v zařízení nebo mimo něj, a nebo zda mají alespoň o práci zájem. Tento pomocný předpoklad byl ověřován jak u všech respondentů bez rozdílu, tak u kuřáků a nekuřáků zvlášť. Autorka se domnívá, že nespokojenost s finanční situací bude většinová u respondentů, kteří jsou kuřáci.

Pomocný předpoklad č. 4: Lze předpokládat, že více než 60 % uživatelů zařízení sociální péče nevyužívá nabízených volnočasových aktivit.

Pomocný předpoklad č. 4 byl ověřován v dotazníku položkou č. 8.

Na každém oddělení v DZRT působí několik pracovníků sociální péče, kteří mají v pracovní náplni aktivizovat uživatele, motivovat je k činnosti, která ho zajímá a dále rozvíjí. Autorka je jedním z těchto pracovníků, a proto se domnívá, že více než polovina respondentů nevyužívá možnosti vyplňovat si svůj volný čas nabízenými volnočasovými aktivitami. Důvodem tohoto tvrzení je vlastní zkušenost autorky, která se setkává častěji u uživatelů s leností, strachem z neúspěchu, nezájmem o kolektivní a řízenou činnost či nemožností odbourání stereotypních návyků.

Pomocný předpoklad č. 5: Lze předpokládat, že více než 80 % uživatelů zařízení sociální péče hodnotí svůj život v zařízení kladně.

Pomocný předpoklad č. 5 byl ověřován v dotazníku položkou č. 21.

Lze se domnívat, že uživatelé, kteří žijí v zařízení několik let (zjišťováno položkou dotazníku č. 3), budou svůj život prožívaný v DZRT hodnotit kladně. Tento předpoklad by se neměl příliš týkat poskytovaných služeb, ale spíše pocitů, bezpečí a celkové pohody uživatelů. Předpoklad úzce souvisí s počtem prožitých let v zařízení, vlastní zkušeností s jiným zařízením a sociálním kontaktem s blízkými rodinnými příslušníky. V této položce měli shrnout vnímání svého života a ohodnotit jej známkou podobně jako ve škole.

2.2 Metody průzkumu

Pro zjištění potřebných dat byla použita metoda dotazníku, pomocí které byly získány informace od většího množství respondentů v relativně krátkém čase.

Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit názory lidí s diagnózou schizofrenie žijících v zařízení sociální péče na jim poskytované a nabízené služby, tj. zdravotní péči, sociální péči, aktivizační péči, stravování, ubytování, volnočasové aktivity, finanční situaci a především celkovou spokojenost s životem v zařízení sociální péče.

Dotazník byl nestandardizovaný s použitím převážně uzavřených položek, a to z důvodu snížené schopnosti některých respondentů vypracovat odpověď na otevřené položky. Ze stejného důvodu byl dotazník vyplňován za asistence pracovníka DZRT. Každý respondent vyplňoval dotazník individuálně v soukromí. Samozřejmostí bylo seznámení respondenta s anonymitou, použitím a způsobem vyplnění dotazníku (úplná podoba dotazníku viz příloha č. 1).

U některých typů položek byla možnost vlastního doplnění v případě, že si dotazovaný nevybral žádnou z nabízených odpovědí. Respondenti měli vždy možnost zakroužkovat jednu nebo více odpovědí. U některých položek byla použita možnost hodnotící škály podobné školnímu známkování.

Návratnost dotazníků byla 100% díky přítomnosti pracovníka zařízení při vyplňování dotazníku. Při kontrole odevzdaných dotazníků bylo zjištěno, že 4 byly neúplně vyplněny, a proto byly vyřazeny z dalšího zpracování.

2.3 Výzkumný vzorek a charakteristika prostředí výzkumu

Prostředí, ve kterém byl prováděn výzkum, je DZRT, ve kterém jsou poskytovány služby uživatelům se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, dále osobám se stařeckou Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Kapacita zařízení je 269 uživatelů. Průměrný věk uživatelů je 60 let. Domov je rozdělen na 6 oddělení, z nichž každé je specifické skladbou uživatelů. 1. oddělení poskytuje péči převážně imobilním uživatelům, 2. oddělení je určeno pro muže převážně s diagnózou schizofrenie, 3. oddělení je určeno pro muže postižené nejčastěji demencí, na 4. oddělení

jsou ubytované ženy různého věku, na 5. oddělení bydlí ženy s mentálním postižením a demencí, 6. oddělení je určeno pro heterogenní skupinu uživatelů zcela mobilních a schopných udržovat základní hygienické a sociální návyky.

Budova byla postavena v letech 1780 až 1781 a v roce 1954 zde byl založen hlavním městem Prahou Domov se zvláštním režimem pro dospělé osoby, tehdy domov důchodců. V devadesátých letech 20. století došlo k rekonstrukci celého objektu. Modernizovaly se pokoje (čímž došlo ke snížení počtu ubytovaných na jednom pokoji), stravovací úsek: kuchyně a jídelny, prádelna, kotelna a dílny k využívání volného času uživatelů.

V současnosti je poskytována komplexní péče složená z celoročního ubytování v jednolůžkových, dvoulůžkových a třílůžkových pokojích s možností bydlení pro partnerské dvojice, individuální péče, stravování, lékařské péče, rehabilitace, masáže a aktivního využívání volného času.

Zdravotní péče je poskytována formou zvláštní ambulantní péče na náklady zdravotního pojištění. Do zařízení dochází psychiatr (jedenkrát týdně), psycholog (dvakrát týdně), kožní lékař (jedenkrát za měsíc), interní lékař (jedenkrát týdně), rehabilitační lékař (dle potřeby uživatelů). Ve městě mohou uživatelé navštívit zubního lékaře, popř. gynekologa. Ošetřovatelskou a obslužnou péči zajišťují v zařízení zdravotní sestry a pracovníci přímé obslužné péče.

Sociální péči v domově zajišťují sociální pracovníce, které hájí práva a zájmy uživatelů, pomáhají jim při zprostředkování kontaktů se společenským prostředím a obstarávání osobních záležitostí.

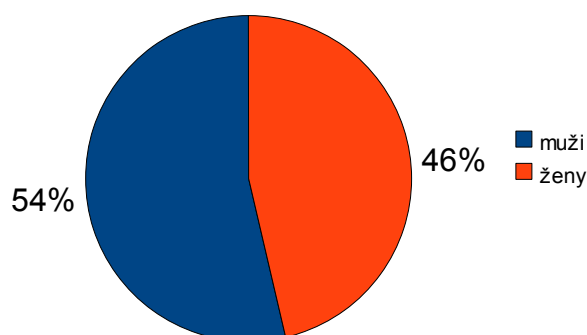
Výchovnou a aktivizační péči poskytují pracovníci sociální péče a vychovatelé. Činnost prováděná s uživateli vychází z jejich individuálních potřeb a přání. Pracovník se věnuje uživatelům jak ve skupině, tak i individuálně. Zajišťuje převážně odborné práce zaměřené na vytváření základních pracovních návyků, provádí průběžný trénink, a tím posiluje základní mentální funkce uživatele. Pracovník sociální péče či vychovatel nabízí uživatelům možnosti vyplnění volného času, např. rukodělné a výtvarné práce na dílnách, výlety, práce v truhlářské, keramické a aranžérské dílně, zpívání s kapelou, práce na zahradě.

Stravování je uživatelům poskytováno pětikrát denně s přihlédnutím na individuální omezení ze zdravotních důvodů např. redukce, diabetes, žlučnickové komplikace. Uživatelé se stravují ve společných jídelnách na daných odděleních. DZRT nabízí uživatelům také možnost využívat služeb prádelny.

Veškeré služby a ubytování jsou poskytovány za úhradu. Uživatelé hradí ubytování a stravování z invalidního či stařeckého důchodu, ostatní služby, které zajišťují pracovníci sociálních služeb, jsou hrazeny z příspěvků na péči. Pomoc při hospodaření s financemi nabízí sociální pracovníci na oddělení. DZRT nabízí také možnost zaměstnání některých uživatelů na částečný úvazek.

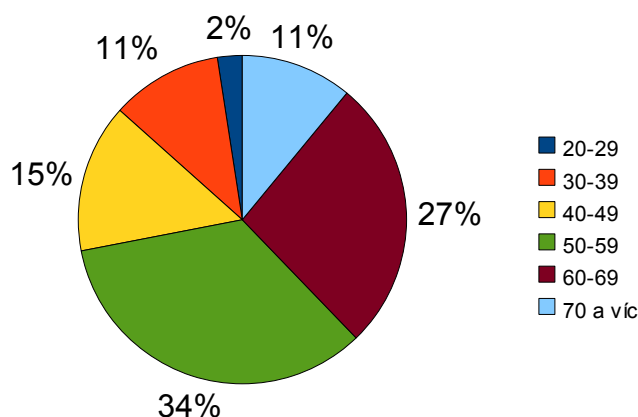
Zkoumaný vzorek tvořilo 86 náhodně vybraných uživatelů s diagnózou schizofrenie. Z dalšího zpracování byly vyřazeny 4 neúplně vyplněné dotazníky, proto bylo dále vyhodnocováno 82 dotazníků.

Vzorek tvořilo 44 mužů, tedy 54 %, a 38 žen, tj. 46 %, různého věku (viz grafy 1, 2).



Graf 1: Zastoupení mužů a žen

Z grafu 2 je patrné, že největší procento respondentů tvořili uživatelé ve věku 50–59 let, konkrétně 34 % (tj. 28 respondentů). Další početnou skupinou byli uživatelé ve věku 60–69 let, konkrétně 27 % (tj. 22 respondentů). Respondenty ve věku 40–49 let tvořilo 15 % uživatelů (tj. 12 uživatelů). 11% zastoupení měli uživatelé ve věku 30–39 let a 70 a více let (tj. 9 uživatelů). Pouhá 2 % tvořili respondenti ve věku 20–29 let (tj. 2 uživatelé).



Graf 2: Věk respondentů

2.4 Získaná data a jejich interpretace

Získaná data se vztahují ke zkoumanému vzorku 82 respondentů s diagnózou schizofrenie, kteří žijí trvale v DZRT. Metodou dotazníkového šetření byly zjištěny názory respondentů na péči, kterou výše uvedené zařízení poskytuje.

Cílem bakalářské práce bylo mj. zmapovat péči o lidi s diagnózou schizofrenie. To bylo provedeno v charakteristice prostředí průzkumu a v tzv. pomocných předpokladech. Poskytovaná péče byla popsána na obecné rovině v teoretické části práce.

2.4.2 Výsledky dotazníkového šetření a jejich interpretace

Byl formulován hlavní předpoklad práce: Lze předpokládat, že více než 50 % uživatelů je v zařízení sociální péče spokojeno. K jeho potvrzení nebo nepotvrzení byly formulovány pomocné předpoklady, které se týkají různých oblastí poskytovaných služeb v DZRT. Pomocné předpoklady vycházely z otázky, jakým způsobem hodnotí uživatelé služby, které jsou jim nabízeny v zařízení sociální péče a jak hodnotí svůj život strávený v tomto zařízení.

Respondenti měli možnost ohodnotit některé položky způsobem podobným školnímu známkování. Znamky výborně, chvalitebně a dobře byly celkově označeny za pozitivní způsob hodnocení. Znamky dostatečně a nedostatečně byly považovány za negativní hodnocení. Znamka dobře byla považována za pozitivní hodnocení, protože při vyplňování

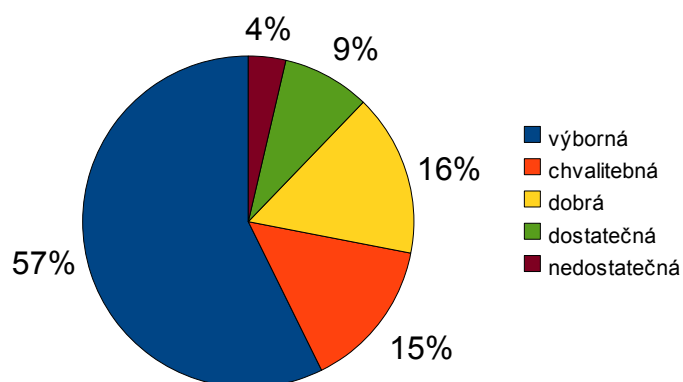
dotazníků autorka zjistila, že část respondentů spontánně odpovídala na danou položku pouze „dobrý“. Vyhodnocované položky jsou řazeny dle toho, k jakému předpokladu se ta která položka vztahovala (nejsou tedy řazeny plynule od položky č. 1 k položce č. 21).

Pomocný předpoklad č. 1: Lze předpokládat, že více než 80 % uživatelů zařízení sociální péče je spokojeno s kvalitou ubytování.

Tento předpoklad byl ověřován položkou č. 11. Vztah k němu měly ještě položky 12 a 13.

Položka č. 11 zněla: ***Ohodnoťte kvalitu ubytování v tomto zařízení. Hodnocení je stejné jako ve škole – 1 je nejlepší, 5 je nejhorší.***

Z grafu 3 je zřejmé, že většina dotazovaných respondentů ohodnotila ubytování kladně. 57 % respondentů, tj. 47 osob, ohodnotilo ubytování výborně. 15 % uživatelů, tj. 12 osob, ohodnotilo ubytování chvalitebně. 16 % respondentů, tj. 13 osob, ohodnotilo ubytování dobrou. 9 % respondentů, tj. 7 osob, ohodnotilo ubytování dostatečně. 4 % respondentů, tj. 3 osob, ohodnotilo ubytování nedostatečně.



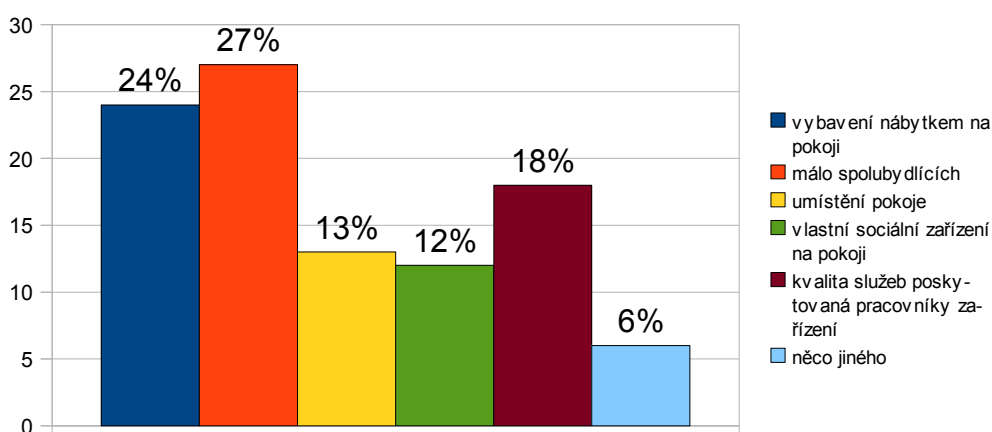
Graf 3: Hodnocení kvality ubytování

Pomocný předpoklad č. 1 byl potvrzen. Dohromady 88 %, resp. 72 respondentů, je s kvalitou ubytování spokojeno. Respondenti jsou nejvíce spokojeni s malým počtem spolubydlících, vybavením nábytkem a kvalitou služeb, které jim poskytují pracovníci zařízení. Z položky, která zjišťovala názor uživatelů na to, co by změnili na ubytování, bylo zjištěno, že by respondenti rádi bydleli sami bez spolubydlících, dále touží po vlastním sociálním zařízení na pokoji či po novém nábytku. Většina dotazovaných ovšem zvolila možnost vlastní odpovědi. Mnoho odpovědí bylo uváděno ve smyslu „nic nechci měnit“.

Výsledek autorku nepřekvapil, protože respondenti by chtěli žít život podobný běžnému životu intaktních spoluobčanů. Chtěli by se osamostatnit, žít v příjemném a útulném prostředí a užívat pouze vlastní sociální zařízení. To bývá základní požadavek člověka, který si vybírá bydlení. Ovšem značná část respondentů v položce č. 13 uvedla, že jsou v DZRT spokojeni a nechtěli by na ubytování nic změnit. Tento fakt připisuje autorka tomu, že mnoho respondentů žije v zařízení delší dobu a zvykli si na standard, který DZRT poskytuje.

Položka č. 12 zněla: ***Označte, co se Vám nejvíce líbí na ubytování v tomto zařízení. Lze označit až 3 možnosti. (Nevyplňujte v případě, že jste zaškrtnli u otázky č. 11 – hodnocení nedostatečné.)***

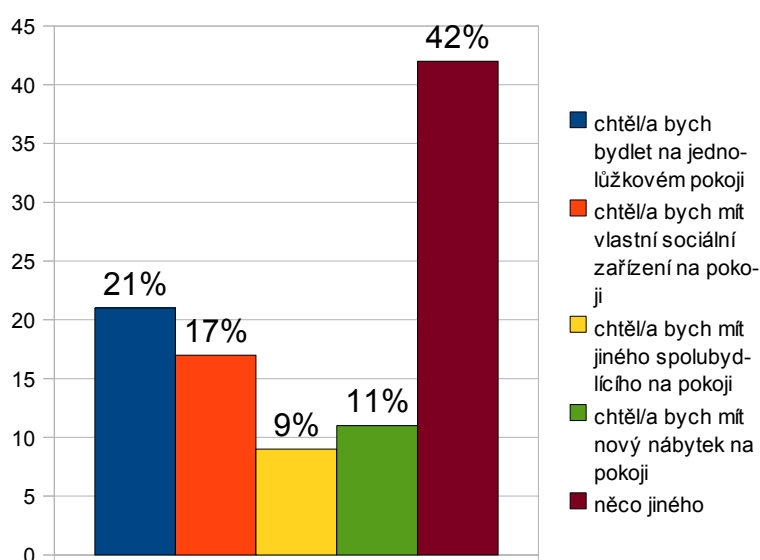
Procentuální vyjádření vychází ze 141 odpovědí, tzn., že 100 % se rovná 141. Z grafu 4 je zřejmé, že nejvíce se líbí na ubytování nízký počet spolubydlících, těchto odpovědí bylo 27 %. Na druhém místě skončila spokojenost s vybaveností nábytkem se 24 %. Třetí byla spokojenost se službami (18 %), které jim poskytují pracovníci zařízení. Umístění pokoje obdrželo 13 %. Ve 12 % se líbí vlastní sociální zařízení na pokoji a v 6 % něco jiného. 8 respondentů napsalo do dotazníku vlastní názor, co se jim líbí na ubytování: žádní spolubydlící; útulnost; dvakrát prostornost; nic; čistota a volnost; pohodlné postele; všechno. Tuto položku nevyplňovali 4 respondenti, kteří v otázce č. 11 zaškrtnli možnost – nedostatečně.



Graf 4: Co se respondentům nejvíce líbí na ubytování

Položka č. 13 zněla: ***Označte, co by jste změnil/a na kvalitě ubytování v tomto zařízení. Lze označit až 3 možnosti.***

Procentuální vyjádření vychází ze 100 odpovědí, tzn., že 100 % se rovná 100. Na grafu 5 je zřetelné, že nejvíce, ve 42 %, by mělo být změněno něco jiného, než bylo uvedeno v nabídce dotazníku. Uvedli: devatenáctkrát nic; devětkrát nic nechci měnit; čtyřikrát jsem spokojen; dvakrát větší teplo; dvakrát vlastní byt; bydlet s přítelkyní; vlastní skříň na CD; chci domů; více nábytku; dekorace (záclony); jsem s družkou; více soukromí. Dále ve 21 % bylo uvedeno bydlení na jednolůžkovém pokoji, v 17 % přání mít vlastní sociální zařízení na pokoji, v 11 % nový nábytek a v 9 % výměna spolubydlícího.



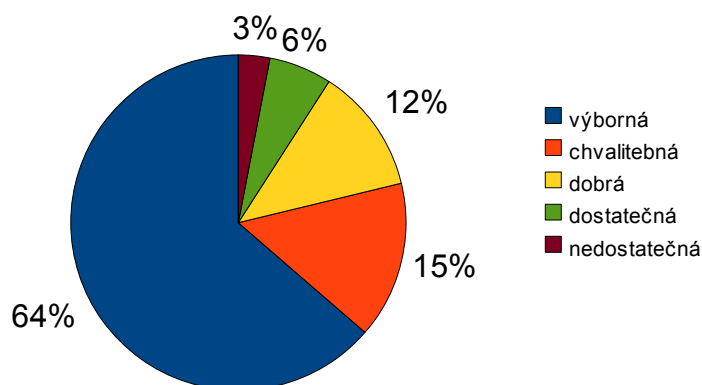
Graf 5: Co by respondenti měnili na ubytování

Pomocný předpoklad č. 2: **Lze předpokládat, že více než 80 % uživatelů zařízení sociální péče je spokojeno s kvalitou stravování.**

Tento předpoklad byl ověřován položkou č. 6. Vztahovala se k němu též položka č. 7.

Položka č. 6 zněla: ***Ohodnoťte kvalitu stravování v tomto zařízení. Hodnocení je stejné jako ve škole – 1 je nejlepší, 5 je nejhorší.***

Respondenti měli ohodnotit, podobně jako ve škole známkou, jak jsou spokojeni se stravou, kterou jim DZRT poskytuje. Více jak polovina respondentů ohodnotila stravu na výbornou. Procentuálně je to 63 %, tedy 52 osob. 15 %, tedy 12 osob, hodnotí stravování chvalitebně a 13 %, tedy 11 osob, dobře. Pouze 9 % z 82 dotazovaných, tj. 7 respondentů, není s kvalitou stravování spokojena a hodnotí ji dostatečně až nedostatečně (viz graf 6).



Graf 6: Hodnocení kvality stravování

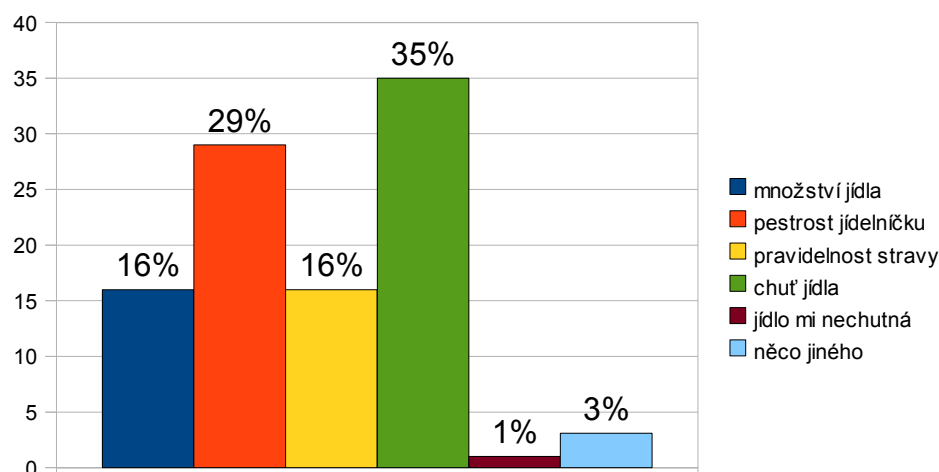
Druhý pomocný předpoklad byl také potvrzen. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že je 91 % respondentů, z celkového počtu 82 dotazovaných, spokojeno s kvalitou stravování. Uživatelé jsou nejvíce spokojeni s chutí jídla, s pestrostí jídelníčku, pravidelností stravy a množstvím. Pouze jednomu procentu dotazovaných jídlo nechutná.

Autorka se domnívá, že respondenti ohodnotili stravování pozitivně z toho důvodu, že zaměstnanci zařízení přikládají kvalitě stravy velkou pozornost. Dnes již uživatelé mají možnost se vyjádřit a podat návrhy na změny ve stravě a jakákoli nespokojenost v podobě stížnosti je vedením DZRT řešena.

Položka č. 7 zněla: ***Co se Vám nejvíce líbí na stravování v tomto zařízení? Lze označit až 3 možnosti.***

Procentuální znázornění vychází ze 159 odpovědí, tzn., že 100 % se rovná 159. Z grafu 7 je patrné, že většina respondentů, konkrétně 35 %, je nejvíce spokojeno s chutí jídla. Dále si 29 % respondentů chválí pestrý jídelníček, 16 % vyhovuje pravidelnost stravy a 16 % množství jídla. Jídlo nechutná 1 % a 3 % se líbí, že je jim podáváno čerstvé jídlo,

suchá strava pro lidi se střevními problémy a kvalitní jídlo. Jeden uživatel uvedl, že nechce maso a druhý, že se mu nic na stravování nelíbí.



Graf 7: Co se respondentům líbí na stravování

V zařízení se stravují, stejně jako uživatelé, také zaměstnanci. Několik obědů je vydáváno také do blízkého domova důchodců. Proto se autorka domnívá, že výsledek z položky č. 7 je pravdivý, protože kdyby tomu tak nebylo, nebyl by takový zájem o stravování jak z řad zaměstnanců, tak uživatelů domova důchodců.

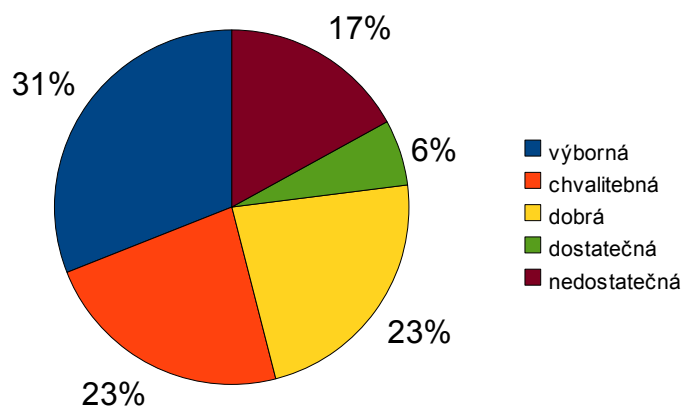
Pomocný předpoklad č. 3: Lze předpokládat, že více než 80 % uživatelů zařízení sociální péče pocítuje nedostatek finančních prostředků.

Tento předpoklad byl ověřován položkou č. 14. Dále k němu měly vztah položky č. 15, 16, 17, 18 a 20.

Položka č. 14 zněla: ***Ohodnoťte spokojenost s množstvím svých finančních prostředků. Hodnocení je stejné jako ve škole 1 je nejlepší, 5 je nejhorší.***

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 31 %, tedy 25 respondentů, je spokojeno s množstvím svých financí na „jedničku“. 23 %, tedy 19 respondentů, hodnotí svou finanční situaci chvalitebně a stejné procento situaci považuje za dobrou. 17 % z 82 dotazovaných, tj. 14 respondentů, není vůbec spokojeno se svými financemi a 6 %, tj. 5 respondentů, skoro

není spokojeno. Graf 8 ukazuje spokojenost s množstvím finančních prostředků u respondentů bez ohledu na fakt, zda jsou nebo nejsou kuřáci.



Graf 8: Hodnocení spokojenosti s financemi

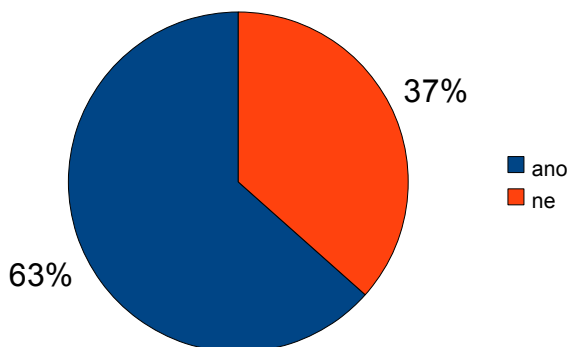
Pomocný předpoklad č. 3 nebyl potvrzen. S množstvím svých finančních prostředků je nespokojeno pouhých 23 % respondentů. Výrazná spokojenost s finanční situací je u respondentů nekuřáků, celá polovina z nich označila svou situaci za výbornou. Prací si denně přivydělává 13 %, obden pracují 2 % dotazovaných a 20 % by chtělo být zaměstnáno. Více než polovina respondentů, konkrétně 65 %, nepracuje a ani o práci nemá zájem. Výsledky zájmu o zaměstnání jsou téměř shodné u kuřáků a nekuřáků. Uživatelé své peníze utrácejí nejčastěji za cigarety, jídlo, kávu, léky a výlety. Více než polovina respondentů provádí nákupy samostatně.

Autorka se domnívá, že předpoklad č. 3 se nepotvrdil z toho důvodu, že ačkoli si uživatelé často stěžují na nedostatek financí, jedná se téměř vždy o stejné osoby „permanентně nespokojené“. Svými pravidelnými stížnostmi a prosbami o peníze, se stávají tito uživatelé „viditelnějšími“ a častěji se o nich mezi pracovníky diskutuje a řeší jejich problém. Mnoho uživatelů je také schopných si obstarávat peníze jiným způsobem např. půjčováním, žebráním, krádežemi.

V další položce, která se vztahuje ke spokojenosti s financemi, byli uživatelé dotazováni, zda jsou kuřáci, protože tento fakt významně ovlivňuje množství utracených peněz za cigarety a tudíž jejich nedostatek na jiné potřebné věci.

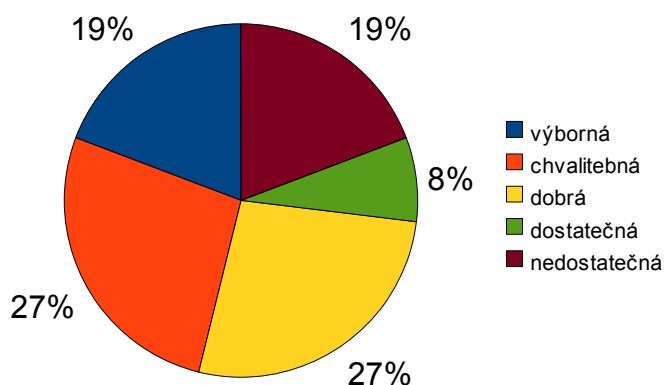
Položka č. 20 zněla: ***Jste kuřák?***

Z grafu 9 vyplývá, že 63 % z dotazovaných, tedy 52 respondentů, jsou kuřáci. 37 %, tedy 30 respondentů, jsou nekuřáci.



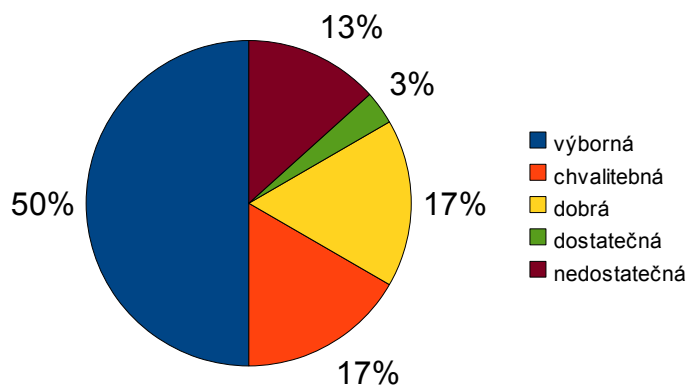
Graf 9: Kuřáci a nekuřáci

V grafu 10 je možné vidět spokojenost s množstvím finančních prostředků u kuřáků. Respondenti kuřáci jsou maximálně spokojeni jen v 19 %, tj. 10 osob. Chvalitebně ohodnocuje svou finanční situaci 27 % respondentů, tj. 14 osob. Hodnocení dobře uvedlo 27 %, tedy 14 osob. 8 % určilo svou situaci za dostatečnou, tj. 4 respondenti. Za nedostatečnou považují kuřáci svou finanční situaci v 19 %, tj. 10 respondentů.



Graf 10: Hodnocení spokojenosti s financemi – kuřáci

Uživatelé nekuřáci jsou se svou finanční situací spokojeni na výbornou v 50 %, tj. 15 respondentů z třiceti dotazovaných. Známkou chvalitebně hodnotí spokojenost s financemi 17 %, tj. 5 respondentů. Stejné procento dotazovaných uvedlo svou spokojenost známkou dobře. Jako dostatečnou hodnotí svou finanční situaci 3 %, tj. 1 osoba z třiceti. Za nedostatečnou považuje množství svých finančních prostředků 13 %, tedy 4 respondenti (viz graf 11).



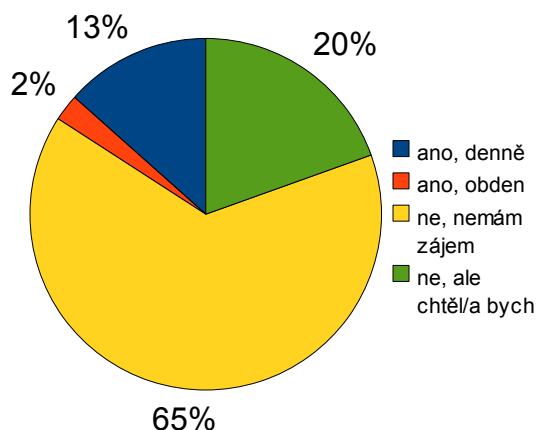
Graf 11: Hodnocení spokojenosti s financemi – nekuřáci

Výsledkem hodnocení vnímání finanční situace u kuřáků a nekuřáků je to, že nekuřáci jsou z 84 % spokojeni se svou finanční situací. Oproti tomu kuřáci jsou spokojeni ze 73 %. Výrazný rozdíl je ovšem viditelný při srovnání grafu 10 a 11, kde nekuřáci hodnotí spokojenost s penězi z 50 % na „jedničku“, kdežto kuřáci stejně situaci hodnotí pouze z 19 %.

V záměru šetření bylo také zjistit, zda si uživatelé přivydělávají prací, a pokud ne, jestli mají o práci alespoň zájem. Zájem o výdělek byl srovnán mezi kuřáky a nekuřáky, a to z důvodu zjištění, zda jsou kuřáci schopni pro naplnění své potřeby pracovat.

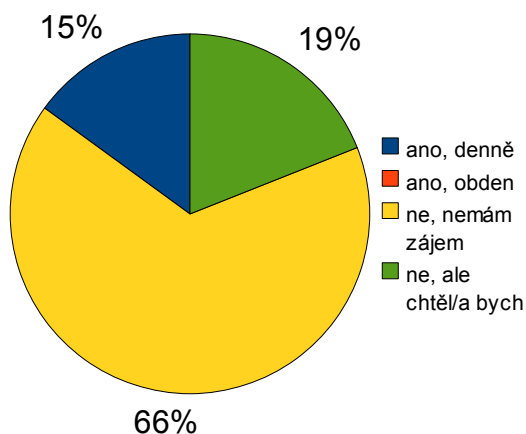
Položka č. 17 zněla: ***Přivyděláváte si nějakou práci?***

Z celkového počtu 82 dotazovaných si přivydělává denně 13 %, tedy 11 respondentů. Obden pracují pouhá 2 % respondentů, tedy 2 osoby. 20 %, tedy 16 respondentů, by mělo zájem o zaměstnání a 65 %, tedy 53 respondentů, by pracovat nechtělo (viz graf 12).



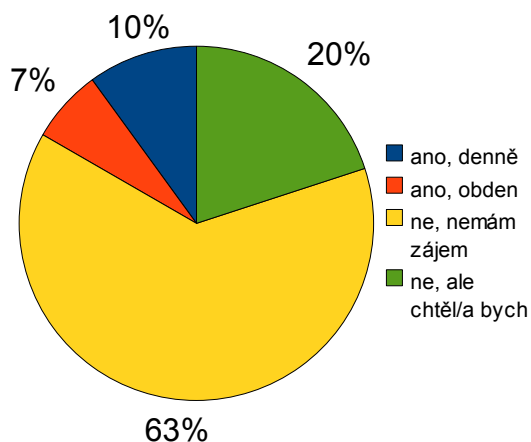
Graf 12: Zaměstnání všech respondentů

Z 52 respondentů, kteří kouří, pracuje denně 15 %, což je cca 8 osob, 19 % by chtělo pracovat, což je cca 10 osob a 66 % z dotazovaných, tedy zhruba 34 respondentů, nemá vůbec zájem o práci (viz graf 13).



Graf 13: Zaměstnání respondentů – kuřáci

Z grafu 14 vyplývá, že denně si z uživatelů, kteří nekouří, přivydělává 10 %, což jsou 3 respondenti z 30 dotazovaných. Obden pracuje 7 % respondentů, což jsou 2 osoby. 63 % respondentů nemá zájem pracovat, jedná se o 19 osob. O práci má zájem 20 % respondentů, což je 6 osob z celkového počtu 30 respondentů.



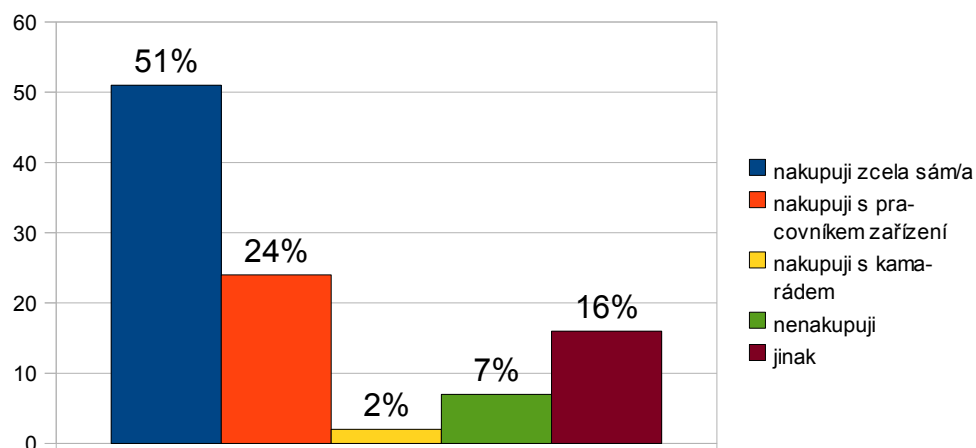
Graf 14: Zaměstnání respondentů – nekuřáci

Podstatné rozdíly v zájmu o zaměstnání mezi kuřáky a nekuřáky nebyly zjištěny. 15 % kuřáků si přivydělává, u nekuřáků je pracovní zařazení o dvě procenta vyšší. Zájem o práci je téměř shodný (rozdíl jednoho procenta). Stejně tak nezájem o zaměstnání se skoro shoduje.

K předpokladu týkajícího se finanční situace byli uživatelé DZRT dotazováni, za co utrácí peníze, jakým způsobem nakupují a za kterou věc by utratili nejvíce peněz, kdyby je měli.

Položka č. 15 zněla: ***Označte, jakým způsobem provádíte nákupy. Označte pouze tu možnost, která je nejčastější.***

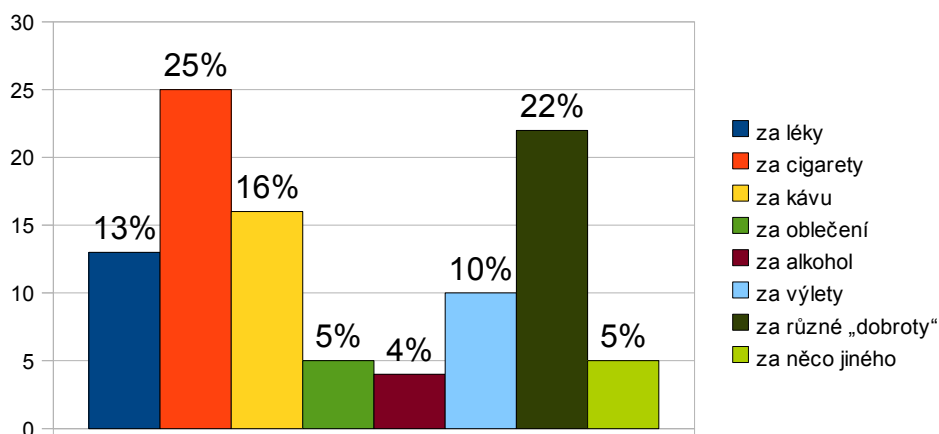
Na tuto položku odpověděli respondenti, že 42 z nich, tedy 51 %, nakupuje samostatně. 19 respondentů, 24 %, jich nakupuje s pracovníkem zařízení, 2 nakupují s kamarádem, což jsou 2 %. 6 respondentů, 7 %, nenakupuje vůbec a 13 dotazovaných, tedy 16 %, odpovědělo jinak, a to: nakupují s matkou, sedmkrát nakupuje mi pracovník, nic, nakupuje někdy syn jindy přítel, třikrát kamarád mi nakoupí (viz graf 15).



Graf 15: Způsob provádění nákupů

Položka č. 16 zněla: **Označte, za co utrácíte nejvíce peněz. Lze označit až 3 možnosti.**

Procentuální znázornění vychází ze 164 odpovědí, tzn., že 100 % se rovná 164. Z grafu 16 je jasné, že útrata za cigarety je největší (25 %). Následují různé „dobroty“, káva, léky, výlety, oblečení atd.

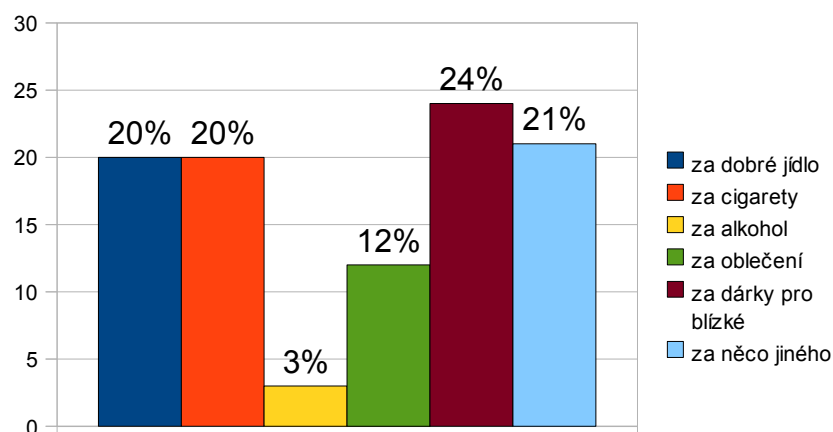


Graf 16: Za co respondenti utrácejí

Položka č. 18 zněla: **Kdyby jste měl/a hodně peněz, za co byste je utratil/a? Lze označit až 3 možnosti.**

Procentuální znázornění vychází ze 121 odpovědí, tzn., že 100 % se rovná 121. 24 % by za peníze nakoupilo dárky pro blízké, 21 %, by nakoupilo toto: léky; vybavení bytu;

mramor; dvakrát nábytek; všechno možné; kytaru a trsátko; dvakrát nové bydlení; knihy a přehrávač; dvakrát kávu; potřeby pro svého koně; dovolenou; dále byla uvedena cukrárna; charita; věci na vyšívání; minerálky; za ubytování; raketu na měsíc; dvakrát výlet; lázně; nevím. 20 % respondentů uvedlo nákup cigaret a dobrého jídla, 12 % by si nakoupilo oblečení a 3 %, alkohol (viz graf 17).



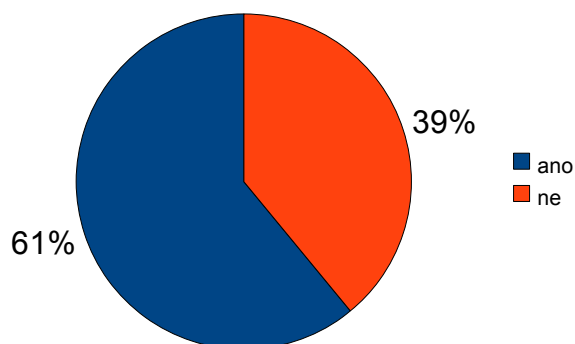
Graf 17: Za co by respondenti utratili nejvíce peněz

Pomocný předpoklad č. 4: **Lze předpokládat, že více než 60 % uživatelů zařízení sociální péče nevyužívá nabízených volnočasových aktivit.**

Tento pomocný předpoklad byl ověřován položkou č. 8. Vztahovaly se k němu též položky č. 9 a 10.

Položka č. 8 zněla: *Využíváte ke zpestření svého volného času některé z nabízených volnočasových aktivit?*

Z grafu 18 je patrné, že 61 %, tedy 50 respondentů, vyplňuje svůj volný čas činnostmi, které jim zaměstnanci DZRT nabízejí. Zbýlých 39 %, tedy 32 respondentů, nemá o tyto služby zájem.

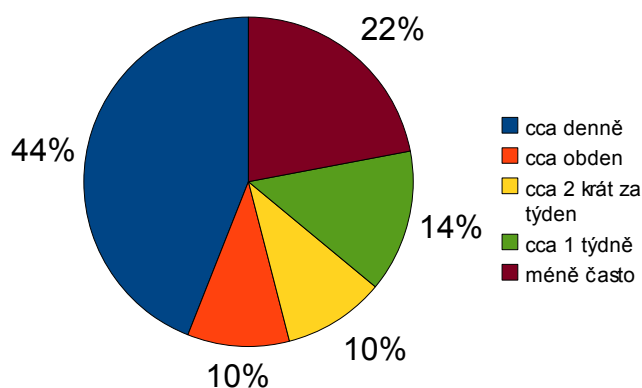


Graf 18: Využívání volnočasových aktivit

Pomocný předpoklad č. 4 nebyl potvrzen. Bylo zjištěno, že více než polovina respondentů využívá nabízených volnočasových aktivit. Nejoblíbenější aktivity, které uživatelé vyhledávají, jsou činnosti na dílnách (tj. výtvarné, rukodělné, pracovní činnosti; setkávání se u jednoho stolu), dále se rádi účastní různých výletů a společných akcí v zařízení i mimo něj.

Položka č. 9 zněla: ***Jak často využíváte možnost nabízených volnočasových aktivit? (Nevyplňujte v případě, že jste zaškrtnli 8 b).***

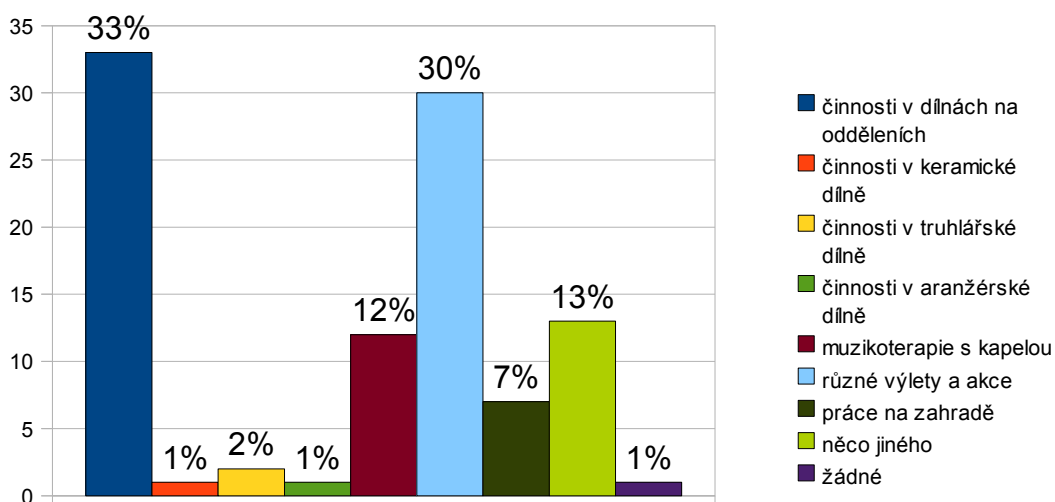
Z 50 respondentů, kteří na tuto položku odpovídali, využívá každý den nabízených aktivit 44 %, což je 22 osob. Obden využívá tuto možnost jen 10 %, tedy 5 osob. Občas se k aktivitám poskytovaným pracovníky přidá 22 %, tedy 11 osob (viz graf 19).



Graf 19: Frekvence využívání volnočasových aktivit

Položka č. 10 zněla: ***Které z nabízených volnočasových aktivit využíváte nejvíce? Lze označit až 3 možnosti. (Nevyplňujte v případě, že jste zaškrtnli 8 b).***

Procentuální znázornění vychází z 98 odpovědí, tzn., 100 % se rovná 98. Respondenti si nejvíce vybírají činnosti, které jim pracovníci nabízejí na dílnách jejich oddělení, a to 33 %. Dále 30 % respondentů využívá možnost účastnit se výletů, 13 % využívá následujících aktivity: dvakrát bohoslužby; dvakrát knihovna; dvakrát tělocvična, plavání a jízda na kole; kapela; dvakrát školička; dvakrát procházky a posezení na dvoře; tělesně-pohybová činnost; divadlo a ping-pong. 12 % z dotazovaných se účastní zpívání s kapelou a 7 % pomáhá při práci na zahradě. Nejméně často byla zmiňována truhlářská dílna (2 %), keramická a aranžérská dílna (po 1 %). Jeden uživatel si nevybral nic (viz graf 20).



Graf 20: Nejčastěji využívané volnočasové aktivity

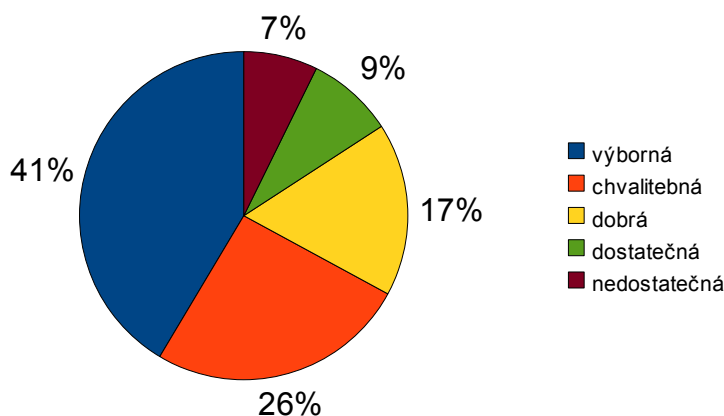
Pomocný předpoklad č. 5: **Lze předpokládat, že více než 80 % uživatelů zařízení sociální péče hodnotí svůj život v zařízení kladně.**

Tento pomocný předpoklad byl ověřován položkou č. 21. Vztahovaly se k němu též položky č. 3 a 19.

Položka č. 21 zněla: ***Ohodnot'te Vaší spokojenost s životem v tomto zařízení. Hodnocení je stejné jako ve škole – 1 je nejlepší, 5 je nejhorší.***

V grafu 21 je zachycena spokojenost se životem všech respondentů bez jakéhokoli rozdílu. 41 %, tedy 34 respondentů, je se svým životem v zařízení spokojeno na výbornou.

Chvalitebně hodnotí svůj život 26 %, tedy 21 respondentů. Známkou dobře ohodnotilo svůj život 17 %, což bylo 14 respondentů. Dostatečně bylo spokojeno 9 %, tedy 7 respondentů a maximálně nespokojeno je 7 %, tedy 6 respondentů z 82 dotazovaných.



Graf 21: Hodnocení spokojenosti se životem v zařízení

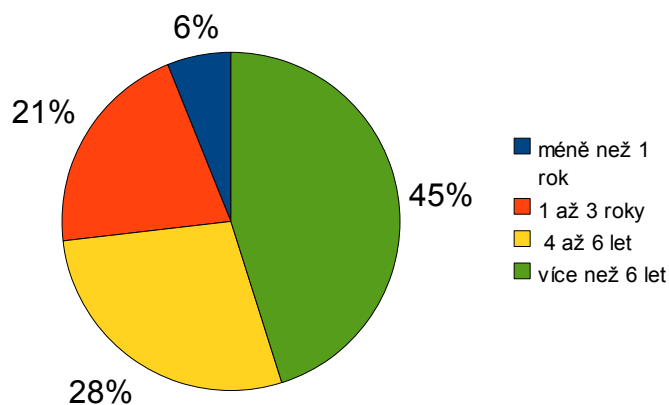
Pomocný předpoklad č. 5 byl potvrzen, protože ze šetření bylo zjištěno, že 84 % respondentů ohodnotilo svůj život kladně tzn. známkami výborně, chvalitebně a dobře. Největší procento respondentů žije v DZRT více než šest let, konkrétně 45 %. Ovšem bylo zjištěno, že počet strávených let v zařízení nesouvisí přímo s kladným hodnocením života respondentů. Značná část je se svým životem spokojena. Zámka nedostatečně se objevila pouze u respondentů žijící v zařízení 1–3 roky a více než 6 let. V tomto časovém rozmezí označilo několik respondentů také svůj život známkou dostatečně. Velmi překvapivé je zjištění, že 77 % respondentů je v kontaktu s příbuznými, ať už návštěvami, telefonáty nebo písemnou formou.

Dle názoru autorky hodnotí respondenti svůj život v DZRT převážně kladně, protože jsou zde respektovány jejich potřeby (zajištění stravy, nízký počet spolubydlících, podpora v samostatnosti, pomoc při všech činnostech atd.), podporují se jejich zájmy, kladně je přijímána spolupráce s rodinnými příslušníky, provádí se individuální činnost a uživatel společně s klíčovým pracovníkem spolupracují na individuálním cíli stanoveném uživatelem.

Ve zdůvodnění formulace předpokladů je uváděno, že míra spokojenosti s vlastním životem v DZRT je ovlivněna mimo jiné dobou strávenou v zařízení. Proto je dále uvedeno v procentech, kolik let žijí uživatelé v DZRT se zvláštním režimem.

Položka č. 3 zněla: ***Označte, jak dlouho bydlíte v tomto zařízení.***

Z grafu 22 je patrné, že 45 %, tedy 37 respondentů, žije v DZRT déle než 6 let. 28 % z 82 dotazovaných, tedy 23 respondentů, žije v DZRT 4 až 6 let. 1 až 3 roky bydlí v zařízení 21 %, což je 17 respondentů a 6 % zde žije kratší dobu než 1 rok, což se týká 5 respondentů.



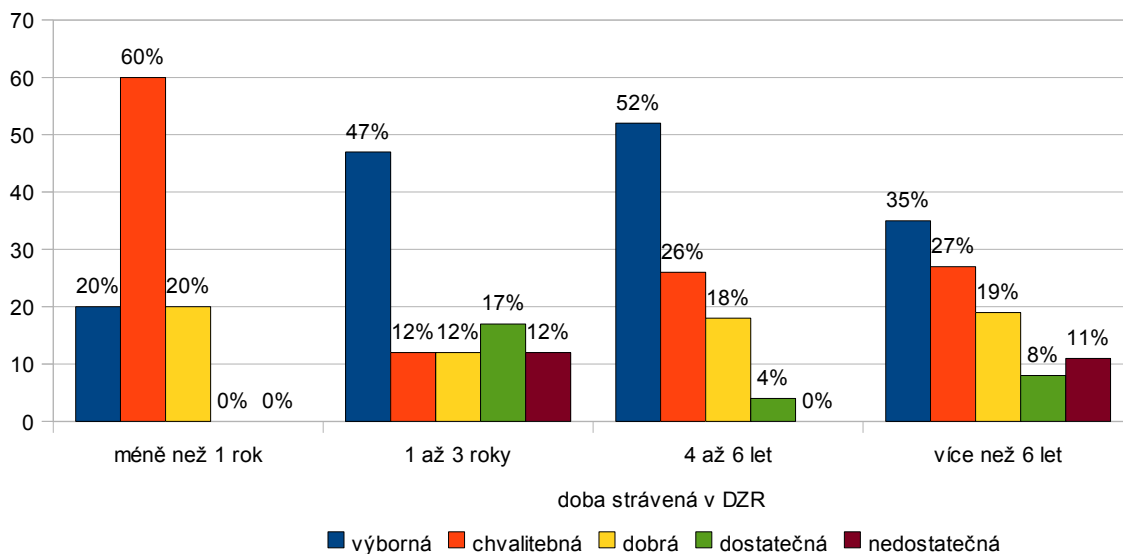
Graf 22: Délka pobytu respondentů v zařízení

Méně než 1 rok žije v DZRT pouze 5 respondentů. Z tohoto počtu hodnotí na výbornou svůj život 20 % respondentů (tj. 1 osoba). Známkou chvalitebně ohodnotilo 60 % respondentů (tj. 3 osoby), a hodnocením dobře 20 % (tj. 1 osoba).

V rozmezí 1 až 3 roky bydlí v DZRT 17 respondentů z dotazovaných. 47 % z nich je velice spokojeno se svým životem (tj. 8 osob), 12 % ho hodnotí chvalitebně (tj. 2 osoby), 12 % dobře (tj. 2 osoby), 17 % dostatečně (tj. 3 osoby) a 12 % známkou nedostatečně (tj. 2 osoby).

4 až 6 let žije v zařízení 23 respondentů a ti hodnotí svůj život z 52 % výborně (tj. 12 osob), 26 % chvalitebně (tj. 6 osob), 18 % dobře (tj. 4 osoby) a 4 % dostatečně (tj. 1 osoba).

Déle než 6 let žije v DZRT 37 respondentů z 82 dotazovaných, a ti ohodnotili v 35 % svůj život na výbornou (tj. 13 osob), ve 27 % chvalitebně (tj. 10 osob), 19 % dobře (tj. 7 osob), 8 % pouze dostatečně (tj. 3 osoby) a 11 % nedostatečně (tj. 4 osoby) (viz graf 23).

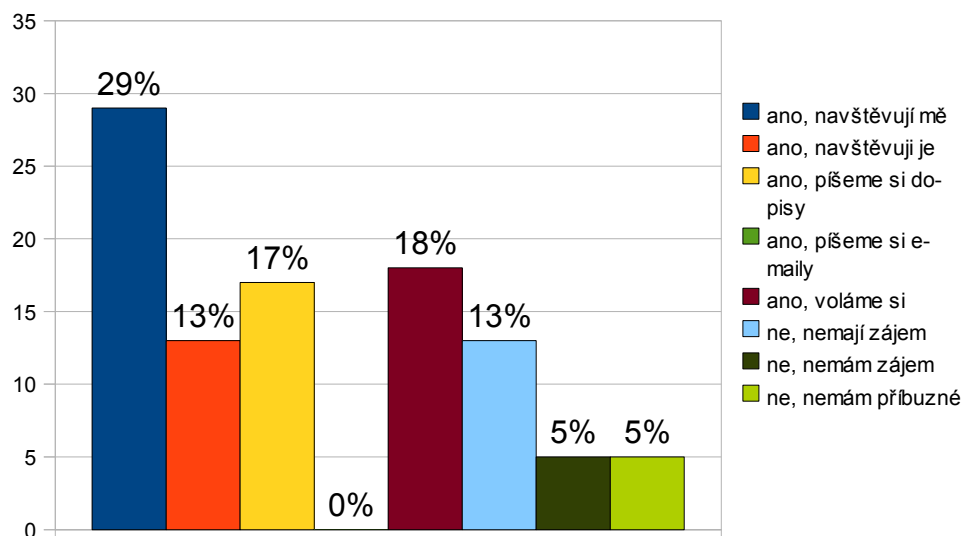


Graf 23: Spokojenost se životem respondentů v závislosti na délce pobytu

Největší spokojenost se životem v DZRT vyjádřili respondenti, kteří zde žijí méně než 1 rok. Oproti tomu nejvíce kritizují svůj život respondenti žijící v zařízení v rozmezí 1 až 3 roky. Autorka se domnívá, že tento výrazný rozdíl může mít příčinu v adaptaci se na nové prostředí. Respondenti žijící v DZRT krátce si zvykají a je jim věnována větší pozornost. Druhá skupina respondentů se již orientuje ve vztazích a provozu zařízení a je schopna také porovnávat svůj život prožitý zde a v jiných zařízeních či v rodině.

Položka č. 19 zněla: *Jste v kontaktu se svými příbuznými? Lze označit až 3 možnosti.*

Procentuální znázornění se odvíjí ze 133 odpovědí. Z grafu 24 je zřejmé, že 29 % respondentů je svými příbuznými navštěvováno. Dalších 18 % respondentů si telefonuje s příbuznými, 17 % si dopisuje, 13 % respondentů navštěvuje své rodiny, 13 % uvedlo, že příbuzní nemají zájem o kontakt. Dalších 5 % respondentů nemá zájem se kontaktovat a stejný počet respondentů uvedlo, že nemá žádné příbuzné (viz graf 24).



Graf 24: Kontakt s příbuznými

V závěru této kapitoly lze shrnout, že hlavní předpoklad práce byl potvrzen. Většina respondentů kladně hodnotila služby, které jsou v DZRT poskytovány. Překvapivé bylo zjištění, že jen nízké procento z dotazovaných kuřáků je nespokojeno se svou finanční situací, protože se autorka častěji setkává s opačným názorem uživatelů. Domněnky autorky mohou vycházet z omezeného kontaktu se všemi uživateli s diagnózou schizofrenie a také přístupem k uživatelům, se kterými je nutné řešit jejich finanční situaci z důvodu opakované nespokojenosti. Také výsledky o využívání volnočasových aktivit byly překvapením, ovšem pozitivním a mohou se tak stát zpětnou vazbou pro všechny pracovníky nabízející tyto služby.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala zjištěním názoru uživatelů s diagnózou schizofrenie na jim poskytované služby v zařízení sociální péče. Smyslem dále bylo zmapovat služby sociální péče, které jsou lidem se schizofrenií nabízeny v České republice. Další součástí práce byla snaha zjistit, jakým způsobem vnímají a hodnotí uživatelé svůj život v DZRT.

V teoretické části byl popsán pojem schizofrenie, její etiologie, epidemiologie, příznaky, formy, terapie a kvalita života osob se schizofrenií. Následovalo zmapování zařízení sociálních služeb, které jsou určeny pro osoby s chronickým duševním onemocněním v České republice. V praktické části byly pomocí dotazníkového šetření zjišťovány názory uživatelů na nabízené a poskytované služby v DZRT. Pozornost byla mj. věnována tomu, jak vnímají kvalitu ubytování a stravování, zda pociťují nedostatek finančních prostředků, jakým způsobem využívají nabízených volnočasových aktivit a zda svůj život prožívají v tomto zařízení hodnotí kladně či záporně. Metoda dotazníku se osvědčila, protože návratnost byla 100%, snad i z důvodu přítomnosti autorky při vyplňování dotazníků. Přesto musely být z dalšího zpracování 4 dotazníky vyřazeny kvůli neúplnému vyplnění.

Uživatelé hodnotili celkově svůj život v DZRT pozitivně. Tomuto faktu nasvědčuje jak výsledek z dotazníkového šetření, který se zabýval přímo touto otázkou, tak pozitivně ohodnocená kvalita ubytování a stravování. Nejčastěji si respondenti pochvalovali nízký počet spolubydlících, materiální vybavení pokojů a kvalitní služby poskytované pracovníky DZRT. Stravování je dle respondentů také velmi kvalitní. Výše popsané oblasti jsou základními službami, které na určité úrovni poskytuje každé pobytové zařízení, ovšem je velice důležité znát názory uživatelů z důvodu hodnocení kvality služeb a spokojenosti uživatelů.

Jen velmi malé procento respondentů je zaměstnáno a využívá tak možnost přivydělávat si k invalidnímu či stařeckému důchodu. Bohužel více než šedesát procent z dotazovaných nepracuje a ani nemá o práci zájem. Tito uživatelé pak nejsou schopni si samostatně vyplnit volný čas, kterého mají nadbytek. Proto je jim nabízena možnost volný čas věnovat různým rukodělným, výtvarným, fyzickým a hudebním činnostem. Zájem o tyto činnosti předčil očekávání, protože výsledky šetření prokázaly více než šedesátiprocentní účast respondentů.

Finanční situace bývá u většiny uživatelů velice špatná. Část z nich nepokryje svým důchodem ani náklady na pobyt a stravu a částka pro jejich vlastní útratu je tudíž minimální. Respondenti si také musí hradit léky a návštěvy u lékařů, což značně zužuje možnost útraty za věci pro ně příjemnější a zajímavější. Předpokládalo se tudíž, že respondenti budou pociťovat nedostatek finančních prostředků, zvláště ti, kteří kouří cigarety. Výsledek byl však opačný a značně překvapující tím, že pouze necelá čtvrtina respondentů hodnotí svou finanční situaci jako špatnou.

„Zvyk je železná košile“ – na základě tohoto pořekadla by se mohl zdůvodnit předpoklad, že respondenti, kteří žijí v zařízení déle než šest let, budou hodnotit svůj život v zařízení kladně. V případě tohoto průzkumu se na toto pořekadlo nelze spolehnout, protože většina (84 %) respondentů, bez ohledu na čas strávený v zařízení, hodnotí svůj život pozitivně.

Výsledky předloženého průzkumu, který byl prováděn v DZRT, jsou jednoznačně pozitivní. Na jedné straně spokojenost uživatelů, na straně druhé dobře vykonávaná péče personálu. Přáním mnohých pracovníků zařízení sociální péče, je být ještě lepší a snažit se poskytnout každému uživateli takovou péči, podporu a zájem, jaký potřebuje k tomu, aby se cítil jako doma.

Výsledky průzkumu této bakalářské práce jsou jednoznačným přínosem pro vedení DZRT, ale i běžný personál. Je velice důležité si uvědomit, že hlavním středem zájmu je vždy uživatel a pro každého pracovníka v pomáhajících profesích by mělo být důležité vědět, jak se uživatel cítí, co potřebuje, co mu chybí a co se mu nelíbí, aby mohl udělat maximum k jeho spokojenosti.

NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Hlavní předpoklad bakalářské práce se potvrdil a můžeme tedy říci, že více než padesát procent uživatelů se schizofrenií je v zařízení sociální péče spokojeno s poskytovanými službami a svým životem, který žijí v tomto zařízení. V průzkumu bylo také ověřeno, že značná část z dotazovaných nemá zájem o práci, která je důležitým sociálním aspektem v životě každého člověka. Vede k vnímání vlastní potřebnosti, zodpovědnosti, možnosti srovnávání se s druhými a v neposlední řadě motivuje člověka k další činnosti v případě, že je pozitivně za vykonanou práci ohodnocen.

Uživatelé nemají žádné povinnosti a poskytované služby považují za samozřejmost. Tím ztrácejí povědomí o základních vzorcích chování a povinnostech, které vycházejí z domovního řádu. Často se hájí názorem, že se o ně stát postará, protože jsou nemocní. V důsledku toho dochází k tomu, že si tito uživatelé ničeho neváží a každou pomoc vnímají jako samozřejmost.

Autorka se domnívá, že individuální práce s uživatelem by měla být cílená s jednoznačným záměrem motivovat uživatele k práci, jejíž výsledek je prospěšný uživateli, společnosti nebo organizaci. V této souvislosti je nutné, aby zařízení kontaktovalo agentury podporovaného zaměstnávání, které by pomohly žadateli nalézt zaměstnání, jež by jej naplňovalo.

Lze také navrhnout, aby zařízení umožnilo uživatelům se co nejvíce podílet na provozu jejich domova. V první řadě se s tímto opatřením musí z žít personál, který má funkci osvěty a měl by uživatelům ukázat, jaké mají možnosti. Činnosti na dílnách, tj. různé rukodělné a výtvarné práce, by byly určeny zejména pro uživatele fyzicky a psychicky neschopné pracovního poměru. Positivním důsledkem této změny je také integrace osob se schizofrenií do společnosti.

Názor uživatelů na kvalitu poskytovaných služeb je jednou z priorit Standardů kvality sociálních služeb, které by dnes mělo mít vypracováno každé zařízení sociálních služeb. Zda dané zařízení splňuje tyto kvality je možné zjistit pouze zpětnou vazbou od uživatelů. Z tohoto důvodu autorka navrhuje zjišťovat názory uživatelů DZRT prostřednictvím dotazníkového šetření, a to alespoň jedenkrát za rok. Opakovaným průzkumem je možné si

ověřit, zda personál zařízení reagoval na návrhy a nedostatky služeb tím, že se názory uživatelů na poskytovanou péči změnily k lepšímu. Důležité je také naslouchání uživatelům, respektování jejich přání a potřeb, napomáhání v řešení problémů, nebagatelizování důležitosti jejich názorů a podpora ve snaze o samostatnost.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BONA.CZ. *Chráněné bydlení* [online]. [cit. 10. 12. 2009]. Dostupné na Internetu: <<http://www.bona-ops.cz/index.php?cmd=page&id=53>>.

BOUČEK, Jaroslav. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1354-X.

BRADÁČOVÁ, Ludmila. *Standardy kvality sociálních služeb: Průvodce poskytovatele*. Terezín: Domov se zvláštním režimem, 2007.

CENTRUM SLUŽEB PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ. *Denní stacionář* [online]. [cit. 8. 12. 2009]. Dostupné na Internetu: <http://www.centrumsluzebzatec.wbs.cz/Denni_stacionar.html>.

CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB DĚČÍN. *Týdenní stacionář* [online]. [cit. 10. 12. 2009]. Dostupné na Internetu: <<http://www.cssdecin.cz/domino>>.

DOBRODUS.CZ. *Naše činnost* [online]. [cit. 10. 12. 2009]. Dostupné na Internetu: <http://www.dobrodus.soscentrum.cz/nase_cinnost.htm>.

HORÁČEK, Jiří a kolektiv. *Psychotické stavy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Amepra: 2003. ISBN 80-86694-01-1.

JANÍK, Alois, DUŠEK, Karel. *Diagnostika duševních poruch*. 2. přeprac. vyd. Praha: Avicenum, 1987.

LIBIGER, Jan. *Schizofrenie*. 1. vyd. Praha: Nezávislý novinář II, 1991. ISBN 80-85121-13-1.

MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana, KODYMOVÁ, Pavla. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MOTLOVÁ, Lucie, KOUKOLÍK, František. *Schizofrenie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-277-3.

MPSV. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. [cit. 19. 12. 2009]. Dostupné na Internetu: <http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.doSUBSESSION_ID=1257098198097_33>.

PEŠATOVÁ, Ilona, ŠVINGALOVÁ, Dana. *Úvod do speciálně pedagogické a sociální problematiky*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2005. ISBN 80-7083-985-6.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1996. ISBN 80-85800-33-0.

STYX, Petr. *O psychiatrii: Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.

SVOBODA, Mojmír, ČEŠKOVÁ, Eva, KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie*. 2. vyd. Praha: Parta, 2004. ISBN 80-7320-063-5.

WHITE LIGHT I. *Terapeutická komunita* [online]. [cit. 10. 12. 2009]. Dostupné na Internetu: <<http://www.wl1.cz/ths.php>>.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. In *Sbírka zákonů České republiky*.

ZVOLSKÝ, Petr. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-203-6.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník pro respondenty (viz text s. 42)

Příloha č. 2: Pokoje respondentů (viz text s. 40)

DOTAZNÍK

Tento dotazník je anonymní, jeho vyhodnocení bude použito pouze pro potřeby bakalářské práce. Odpovědi prosím zakroužkujte.

1. Označte, zda jste muž nebo žena.

- a) muž
- b) žena

2. Uveďte, jaký je Váš věk.....

3. Označte, jak dlouho bydlíte v tomto zařízení.

- a) méně než 1 rok
- b) 1 až 3 roky
- c) 4 až 6 let
- d) více než 6 let

4. Ohodnoťte celkovou péči (zdravotní, sociální, aktivizační...), která je Vám v tomto zařízení poskytována. Hodnocení je stejné jako ve škole – 1 je nejlepší, 5 je nejhorší.

1	2	3	4	5
výborná	chvalitebná	dobrá	dostatečná	nedostatečná

5. Ohodnoťte kvalitu zdravotní péče poskytovanou v tomto zařízení. Hodnocení je stejné jako ve škole – 1 je nejlepší, 5 je nejhorší.

1	2	3	4	5
výborná	chvalitebná	dobrá	dostatečná	nedostatečná

6. Ohodnoťte kvalitu stravování v tomto zařízení. Hodnocení je stejné jako ve škole – 1 je nejlepší, 5 je nejhorší.

1	2	3	4	5
výborná	chvalitebná	dobrá	dostatečná	nedostatečná

7. Co se Vám nejvíce líbí na stravování v tomto zařízení? Lze označit až 3 možnosti.

- a) množství jídla (jídla je hodně)
- b) pestrost jídelníčku (obměna jídla, ovoce, zelenina, moučníky apod.)
- c) pravidelnost stravy (snídaně, obědy, svačiny, večeře)
- d) chuť jídla (dobře ochucená jídla)
- e) jídlo mi nechutná
- f) něco jiného – napište, co:

8. Využíváte ke zpestření svého volného času některé z nabízených volnočasových aktivit?

- a) ano
- b) ne

9. Jak často využíváte možnost nabízených volnočasových aktivit? (Nevyplňujte v případě, že jste zaškrtnli 8b.)

- a) cca denně
- b) cca obden
- c) cca 2 krát za týden
- d) cca 1 týdně
- e) méně často

10. Které z nabízených volnočasových aktivit využíváte nejvíce? Lze označit až 3 možnosti. (Nevyplňujte v případě, že jste zaškrtnli 8b.)

- a) činnosti v dílnách na odděleních
- b) činnosti v keramické dílně
- c) činnosti v truhlářské dílně
- d) činnosti v aranžérské dílně
- e) muzikoterapie s kapelou
- f) různé výlety a akce
- g) práce na zahradě
- h) něco jiného – napište, co:
- i) žádné

11. Ohodnot'te kvalitu ubytování v tomto zařízení. Hodnocení je stejné jako ve škole – 1 je nejlepší, 5 je nejhorší.

1	2	3	4	5
výborná	chvalitebná	dobrá	dostatečná	nedostatečná

12. Označte, co se Vám nejvíce líbí na ubytování v tomto zařízení. Lze označit až 3 možnosti. (Nevyplňujte v případě, že jsem zaškrtnli u otázky č. 11 – ohodnocení nedostatečné.)

- a) vybavení nábytkem na pokoji
- b) málo spolubydlících
- c) umístění pokoje (např. světlá místnost, přízemí, podkroví)
- d) vlastní sociální zařízení na pokoji
- e) kvalita služeb poskytovaná pracovníky zařízení
- f) něco jiného – napište, co:

13. Označte, co by jste změnil/a na kvalitě ubytování v tomto zařízení. Lze označit až 3 možnosti.

- a) chtěl/a bych bydlet na jednolůžkovém pokoji
- b) chtěl/a bych mít vlastní sociální zařízení na pokoji
- c) chtěl/a bych mít jiného spolubydlícího na pokoji
- d) chtěl/a bych mít nový nábytek na pokoji
- e) něco jiného – napište, co:

14. Ohodnot'te spokojenost s množstvím svých finančních prostředků. Hodnocení je stejné jako ve škole – 1 je nejlepší, 5 je nejhorší.

1	2	3	4	5
výborná	chvalitebná	dobrá	dostatečná	nedostatečná

15. Označte, jakým způsobem provádíte nákupy. Označte pouze jednu možnost, která je nejčastější.

- a) nakupuji zcela sám/a
- b) nakupuji s pracovníkem zařízení
- c) nakupuji s kamarádem
- d) nenakupuji
- e) něco jiného – napište, co:

16. Označte, za co utrácíte nejvíc peněz. Lze označit až 3 možnosti.

- a) za léky
- b) za cigarety
- c) za kávu
- d) za oblečení
- e) za alkohol
- f) za výlety
- g) za různé „dobroty“
- h) něco jiného – napište, co:

17. Přivyděláváte si nějakou práci?

- a) ano, denně
- b) ano, obden
- c) ne, nemám zájem
- d) ne, ale chtěl/a bych

18. Kdyby jste měl/a hodně peněz, za co byste je utratil/a? Lze označit až 3 možnosti.

- a) za dobré jídlo
- b) za cigarety
- c) za alkohol
- d) za oblečení
- e) za dárky pro blízké
- f) něco jiného – napište, co:

19. Jste v kontaktu se svými příbuznými? Lze označit až 3 možnosti.

- a) ano, navštěvují mě
- b) ano, navštěvují je
- c) ano, píšeme si dopisy
- d) ano, píšeme si e-maily
- e) ano, voláme si
- f) ne, nemají zájem
- g) ne, nemám zájem
- h) ne, nemám příbuzné

20. Jste kuřák?

- a) ano
- b) ne

21. Ohodnot'te Vaší spokojenost s životem v tomto zařízení. Hodnocení je stejné jako ve škole – 1 je nejlepší, 5 je nejhorší.

1	2	3	4	5
výborná	chvalitebná	dobrá	dostatečná	nedostatečná

Děkuji za vyplnění dotazníku

Příloha č. 2: Pokoje respondentů



Fotografie 1: Dvoulůžkový pokoj na 6. oddělení



Fotografie 2: Třílůžkový pokoj na 1. oddělení



Fotografie 3: Třilůžkový pokoj na 1. oddělení



Fotografie 4: Dvoulůžkový pokoj na 3. oddělení